

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA

Las TCA y la problemática de las redes sociales

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Autor/autores

Hernán Marichal Hernández

Kassandra Ramos Hernández

Tutorizado por Conrado Manuel Viña Lorenzo

GRADO EN PSICOLOGÍA 2022-2023

RESUMEN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son una preocupación relevante en la salud mental y física en la sociedad actual. Se caracterizan por perturbaciones en la alimentación y la percepción del peso corporal, con consecuencias graves para la salud. La falta de conciencia emocional, los factores familiares, los cambios neuropsicológicos y el impacto de las redes sociales son elementos clave en el desarrollo y tratamiento de los TCA. Estos trastornos son comunes en adolescentes y mujeres, aunque también puede afectar a otros grupos de edad y géneros. Diferentes enfoques teóricos y estudios han contribuido al conocimiento y tratamiento de los TCA, destacando la importancia de un abordaje multidisciplinario y la detección temprana.

En este estudio con una muestra de cien personas se han investigado diferencias entre géneros, variables de diferente índole para observar cómo estas intervienen, así como otros trastornos asociados. Los resultados obtenidos por medio de procesos estadísticos como ANOVA no han mostrado que ninguno fuese significativo, pero se dan ciertas correlaciones de Pearson entre variables, entre ellas destaca la inseguridad social en este caso.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), salud mental, jóvenes, factores familiares, redes sociales, inseguridad social.

ABSTRACT

Eating disorders are a significant concern for mental and physical health in today's society. They are characterized by disturbances in eating behavior and body weight perception, leading to severe health consequences. Lack of emotional awareness, family factors, neuropsychological changes, and the impact of social media are important elements in the development and treatment of eating disorders. These disorders are common among adolescents and women, although they can also affect other age groups and genders. Different theories, approaches and studies have contributed to the understanding and treatment of EDs, highlighting the importance of a multidisciplinary approach and early detection.

In this study with a sample of one hundred individuals, differences between genders and various variables were investigated to observe their influence, as well as other associated disorders. The results obtained through statistical processes such as

ANOVA did not show any significant findings, but certain Pearson correlations between variables were found, with social insecurity being particularly prominent in this case.

Keywords: Eating disorders, mental health, adolescents, family factors, social media, social insecurity.

INTRODUCCIÓN

Los TCA (trastornos de conducta alimentaria) son una preocupación relevante y urgente en el ámbito de la salud mental y física en la sociedad moderna. Este trastorno se caracteriza por perturbaciones en la alimentación y la percepción del peso corporal, llegando a generar consecuencias graves para la salud tanto física como psicológicamente a los que la padecen. En un contexto en el que la imagen corporal, obsesión por la delgadez, los estándares de belleza y el mal uso masificado de las redes sociales, están haciendo que los casos de TCAs estén en nuestro día a día, siendo estos unos temas de interés público y recurrentes.

Las primeras menciones acerca de casos de TCAs fue en el siglo XVII donde Richard Morton, un médico inglés, fue la primera persona en describir un cuadro de anorexia nerviosa con gran precisión en "A Treatise of Comsumptions", en 1689, refiriéndose al caso de Miss Duke. El autor usa el término "consunción nerviosa" para describir la enfermedad, citando la anorexia, el peso perdido, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad como posibles causas, atribuyéndole también a sentimientos de tristeza y preocupación.

Con esto en cuenta, hay que exponer lo importante que son los procesos emocionales en estos casos, ya que hay estudios que confirman que la falta de conciencia emocional en el inicio de la enfermedad y el empeoramiento durante esta apoya la hipótesis de una relación bidireccional entre las dificultades emocionales y los trastornos alimentarios. La falta de conciencia de los propios sentimientos puede considerarse un factor sinérgico y un factor crónico para la aparición y exacerbación del trastorno. La conciencia de que los trastornos alimentarios no sólo están relacionados con el deseo de adelgazar, sino que también se dan en personas que no se dan cuenta de la importancia de reconocer y expresar sus sentimientos, y que

ese reconocimiento tiene un efecto saludable en su salud física y mental, reduce en los pacientes los sentimientos de culpa y aumentar su esperanza de cambio.

(Sagardoy, R. C et al, 2014).

No es ningún secreto que la población estrella en casos de TCAs son los adolescentes. Los trastornos de conducta alimentaria son alteraciones muy serias que habitualmente se inician en la adolescencia y han ido en aumento en los países en desarrollo. Diversos factores obstaculizan su prevención, investigación y tratamiento actualmente en el país, siendo uno de ellos la escasez de capacitación de los profesionales de salud en este tema emergente, resultando esencial que los expertos aumenten su nivel de conocimientos respecto de ellas(Hernández-Cortés, L. M., y Londoño Pérez., 2013).

Esto lo avalan diversos estudios, dando ejemplo de uno de ellos que fue realizado en la comunidad autónoma de Extremadura se realizó una investigación formada por 600 estudiantes de doce de los Grados cursados en la Universidad de Extremadura, con edades comprendidas entre 18 y 26 años. Los resultados más importantes mostraron que una gran proporción de estudiantes se encuentran en riesgo de padecer trastornos alimentarios. Además, los estudiantes universitarios en grado de educación tienen factores de riesgo más altos, como la pérdida de peso y la insatisfacción corporal; en contraste con los grados en ciencias de la salud, especialmente los estudiantes de enfermería, ya que tienen más conocimientos biosanitario(Benítez, AM et al, 2019).

Siguiendo con la línea de lo anteriormente mencionado, se realizó un estudio en Reus con 551 adolescentes femeninas de una media de 17/18 años, en el cual se pudo comprobar y afirmar que las pruebas pasadas, las cuales eran EAT-40, BAT y CIMEC son una buena herramienta de detección de estas enfermedades, ya que todas las jóvenes evaluadas de anorexia nerviosa presentaron los 3 tests anteriormente mencionados alterados (Olesti Baiges, M et al 2008).

Otra cuestión interesante en la materia es cómo afectan los patrones familiares y su influencia en el desarrollo de los TCAs. Las investigaciones sugieren que el factor familiar es uno de los más importantes en la etiología de esta psicopatología, así como la crianza, educación y comportamiento con tendencia al perfeccionismo, importancia del peso, imagen corporal y la dieta rígida son algunas de las variables de riesgo. Por ende, se reconoció que los roles familiares y el desarrollo de trastornos alimentarios juegan un papel fundamental y de riesgo en las familias afectadas (Cravioto Gutiérrez, K 2021).

Si nos adentramos en la neuropsicología, se ha investigado que se producen cambios reversibles en el cerebro que están relacionados con el estado nutricional de una persona. Sin embargo, también existen diferencias neuropsicológicas independientes que son factores predisponentes o de riesgo más que consecuencias negativas de los cambios en la dieta. La impulsividad parece estar asociada con comer y purgar sin control, y la rigidez cognitiva está asociada con la restricción dietética y el perfeccionismo clínico. Los factores neuropsicológicos comunes sugieren objetivos terapéuticos más efectivos independientemente de la presentación psicopatológica. Por tanto, este abordaje abre la puerta a abordar factores comunes que podrían explicar la coincidencia de los trastornos alimentarios con otros trastornos en los que la rigidez cognitiva, la falta de coherencia central y la impulsividad son también síntomas centrales, ya que les afectaría el sistema nervioso (Maldonado-Ferrete, Rubén et al, 2020).

También se sabe que las mujeres suelen tener mayores casos de este tipo de trastornos con respecto a los hombres. En general, los TCA ocurrieron principalmente en adolescentes y adultas jóvenes, aunque en los últimos años se observa cada vez más su aparición en personas de mediana edad y ancianas, cuyo cuadro clínico es similar al de mujeres más jóvenes. No está claro si la presencia de TCA en mujeres de mediana edad y mayores representa una continuación de la enfermedad de por vida o un inicio tardío de la enfermedad, aunque la anorexia nerviosa parece ser una condición común en mujeres de mediana edad y mayores. La mayoría de los estudios sobre la prevalencia y los factores de riesgo de la insatisfacción corporal en la mediana edad y los trastornos alimentarios son

transversales, lo que aumenta el sesgo de los efectos de cohorte, por lo que se recomienda el uso de diseños longitudinales, un mayor rigor metodológico y un mejor conocimiento de todo su espectro, condiciones en esta etapa de la vida, evaluación longitudinal de intervenciones, consenso y estandarización conceptual de la mediana edad. También los médicos deben ser conscientes del riesgo aparentemente mayor de TCA en mujeres perimenopáusicas, cuando los cambios en la apariencia física pueden ser drásticos, inesperados y no deseados, y deben tener cuidado al explorar esta posibilidad en la práctica clínica diaria, ya que algunos pacientes sufren de forma encubierta o espontánea. . síntomas manifiestos (Behar, Rosa, 2018).

En este caso, los TCAs se han extendido en diferentes colectivos de la sociedad humana, entre los que cabe mencionar el mundo del deporte, donde se ha logrado observar un aumento de casos significativo en él. Hay datos dispares de la prevalencia de estos trastornos en el deporte, pero todo parece indicar que los casos son significativos, incluso hay modalidades del deporte que son más susceptibles a padecerlo, como son la gimnasia, natación, judo/lucha, aeróbic, carreras de fondo, etc. También hay deportes los cuales son de bajo riesgo como el fútbol, baloncesto, rugby, balonmano, etc. Para concluir en este apartado deportivo, se tiene que mencionar que se sabe que el ejercicio físico en los pacientes de TCA va más allá de satisfacerse por el control o pérdida de peso, que este en forma excesiva puede, aparte de ser un medio para poder bajar de peso, puede llegar a ser una actividad ritualista, estereotipada e incluso compulsiva y que también en los programas terapéuticos se tiene que contemplar la corrección del exceso de ejercicio físico (Alonso Alfonseca, J, 2006).

Otro aspecto importante que ha sido protagonista estos últimos años son las redes sociales. Estos han supuesto un añadido importante más a los casos de este trastorno, ya que se sabe que existe una relación directa significativa entre la frecuencia de uso de las redes sociales y el riesgo de trastornos alimentarios. Este resultado está respaldado por estudios previos en los que el uso de redes sociales se asoció con la presencia de síntomas de TCA, siendo Twitter la red social que más se relaciono con el riesgo de padecer un TCA. Una posible explicación de este

resultado es que, aunque Instagram es una red social más basada en imágenes que Twitter, esta última tiene menos control sobre lo que publican sus usuarios. Esto hace que sea mucho más fácil acceder a publicaciones y construir comunidades Pro-TCA.(Ojeda-Martín, A, et al, 2021).

Otra investigación acerca de las redes sociales, explica que existe evidencia de que el tiempo que pasan en las redes sociales afecta la forma en que los jóvenes desarrollan su autoconcepto, ya que se encuentran en una fase en la que están explorando los cambios físicos y psicológicos que experimentarán a medida que maduren. Pasar horas en Instagram tiene consecuencias negativas y ejerce presión psicológica sobre los jóvenes para que se vean como se espera y, a menudo, de manera poco realista, lo que lleva al desarrollo de hábitos y prácticas de pérdida de peso poco saludables. Algunos de los trastornos alimentarios de los que se pueden encontrar más evidencias en los artículos analizados son la anorexia y la bulimia, que son las primeras que encuentran las mujeres jóvenes cuando son delgadas o inspiradas por la delgadez. Los trastornos ya establecidos solo se ven exacerbados por una mayor exposición a las redes sociales, especialmente Instagram, ya que es constantemente bombardeado con ideales de belleza y comparaciones con amigos y celebridades que conducen a estas ideas.

Ver comentarios sobre otros cuerpos y sobre ellos mismos en las redes sociales afecta la imagen corporal de los jóvenes. Las tendencias de las redes sociales que a menudo tienen un propósito positivo, como la inspiración física, hacen que los jóvenes se animen a participar en actividades como el ejercicio excesivo, que, dependiendo de la salud mental, puede volverse obsesivo y provocar trastornos alimentarios como resultado, alcanzar metas poco realistas.

Es de urgente importancia entender que las redes sociales son un factor que afecta a los jóvenes y su salud mental. Las redes sociales contribuyen mucho a una mala percepción de la apariencia física, lo que puede perjudicar no solo mental sino también físicamente a las mujeres jóvenes que incurren en hábitos como la limpieza y estrictas restricciones dietéticas en la comida (Valery N. Candray,2023).

En relación a la anorexia nerviosa, Bruch (1973) destacó la importancia de la distorsión de la imagen corporal y la autopercepción en la enfermedad. Ella resaltó

que las personas con anorexia nerviosa experimentan una percepción distorsionada de su cuerpo, lo que las lleva a una restricción extrema de la ingesta de alimentos y a un miedo intenso a ganar peso.

En cuanto a la bulimia nerviosa, Fairburn (1995) desarrolló el modelo cognitivo-conductual, que destaca la presencia de patrones de alimentación descontrolados (atracones) y comportamientos compensatorios inapropiados (vómito autoinducido, uso excesivo de laxantes) como características principales del trastorno.

El trastorno por atracón ha sido ampliamente estudiado por investigadores como Striegel-Moore y Franko (2008), quienes enfatizan la importancia de los atracones recurrentes de alimentos como un componente central del trastorno. Se ha descubierto que los factores emocionales y el malestar psicológico están estrechamente relacionados con este trastorno.

En cuanto al trastorno alimentario evitativo/restrictivo, el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) proporciona criterios específicos para su diagnóstico. Los estudios sobre este trastorno han destacado la relación con la evitación o restricción de ciertos alimentos y su impacto en la nutrición y el crecimiento.

Estos son solo algunos ejemplos de los autores y enfoques teóricos que han contribuido al estudio de los TCA. Es importante tener en cuenta que el campo de investigación sobre los TCA es amplio y en constante evolución, con múltiples enfoques teóricos y autores que han aportado valiosos conocimientos a la comprensión y el tratamiento de estos trastornos.

Hay que destacar que estas enfermedades psiquiátricas graves afectan principalmente a adolescentes y jóvenes, y su prevalencia y gravedad han despertado gran interés en la comunidad médica y científica. En las últimas décadas, se ha realizado una extensa investigación para comprender mejor la

naturaleza de estos trastornos, así como sus características clínicas, factores de riesgo y opciones de tratamiento.

Estudios como el de Castro J. y colaboradores (2018), sobre los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia, realizan una revisión exhaustiva sobre los TCA en la población adolescente explorando diferentes tipos de trastornos, así como los factores de riesgo y las intervenciones terapéuticas más efectivas.

En el de Arcelus J. y colaboradores (2012) se examinan las características clínicas y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. Los autores profundizan en la influencia de factores genéticos, psicológicos y socioambientales en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos, y resaltan la importancia de un enfoque multidisciplinario en su abordaje.

Asimismo, Mitchison D. y colaboradores (2017) publican en su estudio “Trastornos de la conducta alimentaria en hombres” la relevancia de los TCA en la población masculina, que a menudo ha sido subestimada. Los autores examinan los factores de riesgo específicos y las características clínicas de los TCA en hombres, así como las implicaciones para su detección y tratamiento.

En relación a los factores de riesgo asociados con el desarrollo de los TCA, el estudio de Abad J. y colaboradores (2018), ofrece una revisión sistemática de la literatura científica existente. Los autores analizan los factores de riesgo psicológicos, familiares y socioculturales que pueden contribuir al desarrollo de los TCA, proporcionando una visión integral de los diferentes aspectos involucrados.

En cuanto a tratamientos de los TCA podemos verlo abordado en el estudio de Casares C. y colaboradores (2018), donde los autores examinan los diferentes enfoques terapéuticos utilizados en el tratamiento de los TCA, incluyendo la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar y la terapia nutricional, proporcionando una evaluación exhaustiva de su efectividad y consideraciones relevantes.

Todos estos estudios y revisiones contribuyen al conocimiento en el campo de los TCA, proporcionando comprensión más profunda de sus características clínicas, factores de riesgo y opciones de tratamiento. El análisis de estos destaca: la importancia de un enfoque multidisciplinario, la detección temprana y la intervención adecuada para abordarlos de manera efectiva y mejorar la calidad de vida de los afectados.

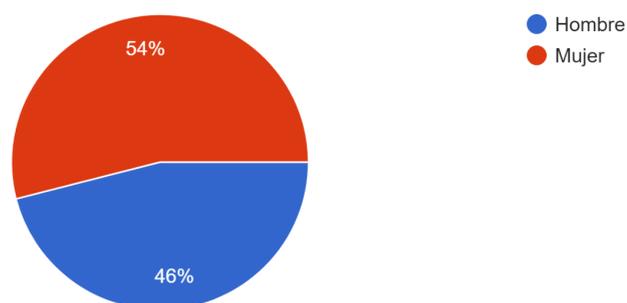
Con este trabajo de investigación que se lleva a cabo se propone como objetivo encontrar o aportar evidencias que aporten claridad sobre las características o situaciones de los Trastornos de Conducta Alimentaria, y comparar si hay resultados similares o que difieren de otras investigación de la misma temática.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra estuvo compuesta por 100 participantes de entre 18 y 66 años, de los cuales 46 fueron hombres (46%) y 54 fueron mujeres (54%). La edad media fue de 28,8 con una desviación típica de 12,3, de los cuales la gran mayoría de participantes rondaban la edad desde los 20 a 22 años.

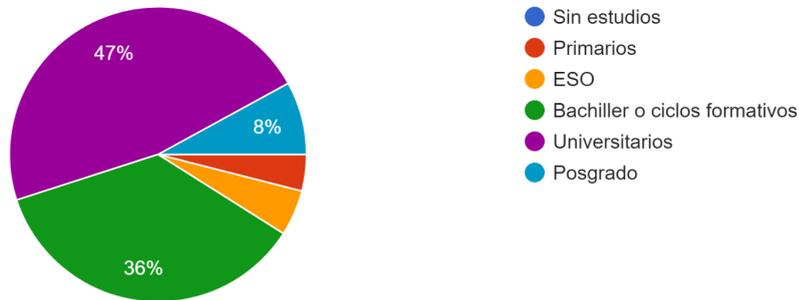
Sexo
100 respuestas



También se les preguntó por el nivel de estudio, los cuales el 47 % respondió que tenían estudios universitarios, mientras que otro 36% respondieron que tenía Bachillerato o ciclos formativos, seguido por un 8% de estudios posgrado, 5% de ESO y 4% de estudios primarios.

Nivel de estudios

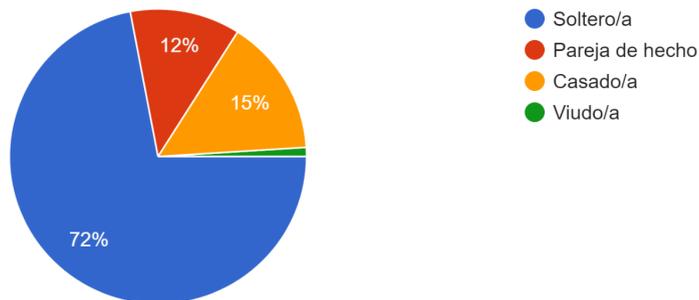
100 respuestas



Otra cuestión a preguntar fue el estado civil de los participantes. Una gran mayoría formada por un 72% expuso que estaba soltero/a, seguido con un 15% de casados, un 12 % de pareja y un 1% de viudo/a.

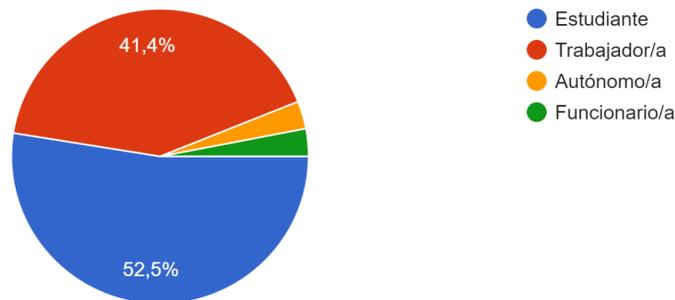
Estado civil

100 respuestas



También se les preguntó por su ocupación actual, la cual fue un 52,5% de estudiantes, un 41% de trabajadores/as, un 3% de autónomos y otro 3% de funcionarios.

Ocupación
99 respuestas



Por último añadir que se les preguntó por su peso en kilogramos y su altura en cm para poder calcular el IMC de cada participante. La media de peso fue de 70,91 kg con una desviación estándar de 17,8. La media de la altura fue de 171 cm con una desviación de 10. La media del imc fue de 24,02 con una desviación típica de 4,35.

INSTRUMENTOS

La metodología que se ha empleado en el proceso de investigación fue sencilla. Como este TFG es de investigación, primero tuvimos que hacer un cuestionario acorde con el tema, el cual era TCA.

En este cuestionario el profesor del TFG nos pudo dar el material necesario para la creación de este. Este instrumento de recogida de información se componía por un preguntas pertenecientes a diferentes cuestionarios.

El primero es el EDI-2, el cual es un instrumento de suma importancia para este tema, ya que se utiliza mucho para evaluar los síntomas que más comúnmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Especificar que ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en los TCA. Este cuestionario está formado por 91 elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos y en la que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” o “siempre”. En esta escala cada ítem se evalúa de distinta manera, pero siempre hay 2 maneras. La primera es que en ese ítem, “nunca”, “pocas veces” y “a veces” se evalúan como 3, 2 y 1 respectivamente y el resto 0, o “a menudo”, “casi siempre” y “siempre” se

evalúan 1, 2 y 3 respectivamente y el resto 0. Su fiabilidad en muestras clínicas y en muestras de mujeres es de >0.7 . Las 3 principales escalas del EDI-2 evalúan actitudes y conductas relacionadas con las conductas, el tipo y el peso, las cuales son: Obsesión por la delgadez (DT), bulimia (B) e insatisfacción corporal (BD). Las otras 8 escalas son más generales referidas a rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en este tipo, los cuales son ineficacia (I), perfeccionismo (P), desconfianza interpersonal (ID), conciencia intrproceptiva (IA), miedo a la madurez (MF), ascetismo (A), impulsividad (IR) y inseguridad social (SI). Los rasgos asociados a bulimia son impulsividad, respuesta al estrés y búsqueda de sensaciones. Mientras que los asociados a anorexia son Perfeccionismo, obsesión, neuroticismo y aislamiento social.

La obsesión por la delgadez fue creada por Bruch en 1973, quien describió la obsesión por la delgadez o la “búsqueda incesante de la delgadez” como la característica esencial de los TCA. Russell en 1970 describió su antítesis, el “temor mórbido a la obesidad”; como el núcleo psicopatológico, tanto de la anorexia como de la bulimia. La manifestación clínica de un intenso impulso de estar más delgado o un fuerte temor a la gordura es un síntoma esencial para el diagnóstico de la anorexia y la bulimia. Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar. Si esta da por encima de 14 es muy preocupante, pero si es mayor que 17 en la puntuación, se le podría considerar un paciente con TCA

La escala de Bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la bulimia y permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia, los cuales son bulímico y restrictivo. Las investigaciones han demostrado que hay casos de bulimia en los que no se cumplen todas las condiciones para un diagnóstico formal de TCA (Pyle, Halvorson, Neuman y Mitchell, 1986) pero, en la mayor parte de los casos, la bulimia severa va asociada con marcadas disfunciones psicológicas.

La insatisfacción corporal mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen TCA (estómago, caderas, muslos, nalgas, etc.). La insatisfacción con el propio cuerpo puede considerarse endémica en las mujeres jóvenes de los países occidentales pero cuando reviste grados extremos puede considerarse como una de las características centrales de trastornos como la anorexia y la bulimia. La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos de la "perturbación de la imagen corporal" característica de los pacientes con TCA (Garner y Garfinkel, 1981; Garner, Garfinkel y Bonato, 1987; Thompson, 1990). Puede considerarse también como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en los pacientes con TCA.

La ineficacia evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre la propia vida. Bruch en 1962 describió en un principio el "sentimiento abrumador de ineficacia" como la perturbación subyacente a los TCA. Este constructo está presente en la mayor parte de las explicaciones clínicas de los TCA (Garner y Bemis, 1982; Wagner, Halmi y Maguire, 1987). Conceptualmente la escala está estrechamente relacionada con una pobre autoestima o una autoevaluación negativa pero va más allá de estos constructos al incluir sentimientos de vacío y soledad. Una puntuación elevada en esta escala revela un déficit significativo de autoestima debido a poseer intensos sentimientos de falta de adecuación.

El perfeccionismo mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores. Bruch en 1978 ha indicado que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas es característica de los pacientes con TCA y Slade en 1982 añadió que el perfeccionismo es una condición crítica que facilita el escenario para el desarrollo de la anorexia y la bulimia. Los elementos de esta escala evalúan en qué grado el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás (padres y profesores, por ejemplo) esperan de él unos resultados excepcionales.

La desconfianza interpersonal dimensiona el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos. Diversos autores consideran que la necesidad de mantener a los demás a una cierta distancia es un rasgo psicológico importante en relación con la aparición y persistencia de algunos casos de TCA (Goodsitt, 1877; Johnson y Connors, 1987; Selvini-Palazzoli, 1974; Story, 1976; Strober, 1981).

La conciencia introceptiva mide el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. La confusión y desconfianza en relación con el funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos se ha descrito con frecuencia como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de anorexia y bulimia (Garner y Bemis, 1985). Selvini-Palazzoli en 1974 acuñó el término "paranoia intrapsíquica" para definir la profunda desconfianza que los pacientes anoréxicos tienen en sus estados internos.

El miedo a la madurez evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia. Crisp en 1965 arguyó que la psicopatología principal de los pacientes de anorexia o bulimia es el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez. Según esta opinión, el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica porque desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberales. El paciente piensa que esta regresión le puede proporcionar alivio frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos familiares. Más aún, muchos pacientes dicen que se sienten más jóvenes cuando experimentan pérdidas de peso extremas y esto puede deberse a la inversión de los perfiles hormonales maduros que forman el sustrato biológico de las experiencias psicológicas, según Crisp en 1980.

El ascetismo estima la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales. Los primeros escritos que trataron de la anorexia se

ocuparon con frecuencia del ascetismo (Bell, 1985; Casper, 1983; Rampling, 1985), y se basaron en las concepciones que consideran que hacer dieta es una purificación, la delgadez es una virtud y el ayuno un acto de penitencia. En las últimas décadas, las motivaciones ascéticas para perder peso aparecen como menos destacadas en detrimento de otras como la “Obsesión por la delgadez” que pasa a ser el principal factor motivacional (Casper, 1983; Russell, 1985). Sin embargo, todavía hay actualmente grupos de pacientes cuya conducta parece estar dirigida en gran parte por la creencia en el carácter virtuoso de la restricción oral (Bemis, 1983; Garner y Bemis, 1982, 1985). La auto-restricción oral puede formar parte de una actitud más general de renuncia a las satisfacciones físicas (Haimes y Katz, 1988).

La impulsividad, como bien dice, mide la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. La incapacidad de regular adecuadamente los propios impulsos se ha visto como un síntoma de pronóstico preocupante en los TCA (Casper, 1990; Casper, Eckert, Halmi, Goldberg y Davis, 1980; Hatsukami, Mitchell, Eckert y Pyle, 1986; Heilbrun y Bloomfield, 1986; Lacey y Evans, 1986; Sohlberg, Norring, Holmgren y Rosmark, 1989; Strober, 1980, 1983). Los elementos de esta escala coinciden con las características “borderline” de grupos de pacientes con TCA particularmente resistentes al tratamiento (Cooper et al., 1988; Garner, Olmsted, Davis, Rockert, Goldbloom y Eagle, 1990; Johnson y Connors, 1987; Johnson, Tobin y Enright, 1989; Swift y Letven, 1984). También coincide conceptualmente con la escala Desviación psicopática del MMPI, que es capaz de discriminar entre grupos de pacientes bulímicos y no bulímicos (Dykens y Gerrard, 1986; Norman y Herzog, 1984).

Y por último la inseguridad social estima la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente, de escasa calidad. Se ha observado con frecuencia que algunos pacientes con TCA experimentan falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales, y ello puede tener consecuencias para el tratamiento (Bruch, 1973; Herzog, Keller, Lavori y Ott, 1987; Norman y Herzog, 1984; Strober, 1980, 1981).

El segundo instrumento utilizado para el cuestionario fue la escala de autoestima de Rosenberg. Esta consta de 10 ítems, cada uno de ellos es una afirmación sobre la valía personal y la satisfacción con uno mismo. La mitad de las frases están formuladas de forma positiva, mientras que las otras cinco hacen referencia a opiniones negativas. Cada ítem se puntúa del 0 al 3 en función del grado en que la persona que contesta se identifica con la afirmación que lo constituye. Así, el 0 se corresponde con estar muy en desacuerdo y el 3 con estar totalmente de acuerdo. Se ha cuestionado la naturaleza unidimensional propuesta por Rosenberg: algunos estudios han obtenido apoyos estructura unifactorial, otros, sin embargo, apoyan una estructura bifactorial de autoestima positiva y negativa. El Estudio de validación de esta traducción castellana realizada por Atienza, Moreno y Balaguer (2000) sugiere en la muestra de mujeres la existencia de un único factor de autoestima global subyacente. En cambio, en la muestra de varones, no es posible concluir ninguno de los dos modelos (unifactorial versus bifactorial).

El tercer instrumento añadido al cuestionario es el BDI II. El inventario de la Depresión de Beck-II es un útil de autoinforme de 21 ítems diseñado para estimar el empeoramiento de la sintomatología depresiva. En cada uno de sus ítems la persona tiene que elegir entre una serie de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su situación en las últimas 2 semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en representación de la opción escogida y, tras sumar las puntuaciones de cada ítem, se obtiene una dígito demoledor que varía de 0 a 63. En este cuestionario hay 4 puntos de corte para saber posicionar a la persona encuestada. Si esta da de 0 a 13 puntos se considera que tiene depresión nula o mínima. Si es de 14 a 19 es depresión leve. Por otra parte si da de 20 a 28 puntos se le considera con depresión moderada. Y por último, si tiene de 28 a 63 tendría depresión grave.

El cuarto instrumento fue el cuestionario de IG, el cual está basado en los criterios DSM para los trastornos de la conducta alimentaria. Fue creado por el tutor Conrado y su compañero. Consiste en 15 preguntas, las cuales las pretenden medir el índice

de Bulimia Nerviosa, el índice de Anorexia Nerviosa y el índice de Trastorno de atracones

El último instrumento que se añadió al cuestionario fueron unas preguntas acerca del uso de las redes sociales las cuales pudimos usar del artículo publicado por Álvaro Ojeda martin y compañeros en su artículo de 2021 “Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes”. Estas eran 6 preguntas relacionadas con si era usuario de redes sociales, cuales usaban más, el tiempo dedicado, si usaba esas redes para seguir rutinas de ejercicio físico, si también las usaba para informarse para la nutrición y si creía que le afectaba de una manera negativa las redes sociales.

En total fueron 143 ítems a responder en nuestro cuestionario, el cual fue creado en Google forms, el cual es un programa que nos permite fácilmente crear y publicar formularios, útiles para encuestas, exámenes, asistencias a cursos o capacitaciones y mucho más, permitiéndonos también ver los resultados de manera gráfica.

PROCEDIMIENTO

Después de formar el cuestionario de 143 preguntas explicado anteriormente, se comenzó a compartirlo por medio de las redes sociales de los creadores para que la gente lo pudiera responder y de igual manera compartir con más gente. Después de varias semanas poniendo el cuestionario en diversas redes, se pudo conseguir la muestra mínima de 100 personas, las cuales sus respuestas fueron recogidas de forma online mediante Google Forms. Luego de recoger las respuestas, se tuvieron que corregir y añadir algunos ítems de algunos instrumentos mencionados anteriormente para poder establecer los resultados.

RESULTADOS

Las pruebas estadísticas empleadas en la muestra fueron tanto ANOVA como correlaciones de Pearson

Los análisis de Anova nos dieron las siguientes tablas:

	Resultados BDI								ANOVA	
	Depresión nula		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión grave		F	Nivel de significación
	36		20		15		29			
X	DT	X	DT	X	DT	X	DT			
Tiempo redes sociales	3,28	1,19	3,1	1,37	3,8	1,78	3,86	1,88	1,41	0,243
X= Media, DT= Desviación típica, F=análisis de varianza										

En la primera tabla se quería observar las diferencias entre los niveles de depresión, los cuales eran depresión nula, que habian 36 personas, leve con 20 personas, moderada con 15 y grave con 29, y el tiempo de uso de las redes sociales. Se realizó la media y desviación típica de cada una de las categorías. En el análisis de varianza dio 1,41 con una probabilidad no significativa de 0,243

	Mujer		Hombre		ANOVA	
	54		46		F	Nivel de significación
	X	DT	X	DT		
Obsesión por la delgadez	5,59	6,02	3,57	3,78	3,90	0,051
Bulimia	2,57	3,66	1,41	2,33	3,44	0,067
Insatisfacción corporal	7,85	6,18	6	4,07	3,02	0,086
Rosenberg	28,2	4,61	28,4	4,17	0,0365	0,849
Depresión	21,3	18,5	19,8	14	0,299	0,586
Tiempo redes sociales	3,61	1,6	3,35	1,51	0,711	0,401
Índice de bulimia nerviosa	3,98	3,26	3,37	2,30	1,08	0,302
Índice de Trastorno de atracones	3,11	2,51	3,21	2,30	0,039	0,842
X= Media, DT= Desviación típica, F=análisis de varianza						

En la segunda tabla se quería saber las diferencias entre hombres y mujeres con respecto al tiempo de uso de las redes, en depresión, en la escala de Rosenberg, en índice de bulimia nerviosa, en índice de trastorno de atracones, en obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal. Como en la anterior tabla, se pidieron las medias y las desviaciones típicas de cada categoría, en conjunto con el análisis de varianza y su nivel de significancia.

Se puede observar que en los análisis ANOVA no han salido significativos

Por otra parte las correlaciones de Pearson se les hicieron a obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad, inseguridad social, índice de masa corporal, escala de Rosenberg, índice de bulimia, índice de trastorno de atracones y horas en redes sociales. Se estableció como criterio que fuera superior o igual a 0,40

Todos los resultados se pueden observar en la siguiente tabla

	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI	IMC	ROS	IBN	ITA	HORAS
DT	x															
B	0.53	x														
BD	0.617	0.475	x													
I			0.54	x												
P				0.422	x											
ID				0.518		x										
IA		0.454	0.414	0.580			x									
MF								x								
A	0.452			0.535	0.432		0.503		x							
IR				0.496			0.608		0.497	x						
SI			0.403	0.757	0.438	0.749	0.496	0.479	0.47	0.53	x					
IMC												x				
ROS													x			
IBN	0.539	0.581	0.575				0.403							x		
ITA	0.492	0.528	0.563											1	x	
HORAS																x

DT= Obsesión por la delgadez, B= Bulimia, BD= Insatisfacción corporal, I= Ineficacia, P= Perfeccionismo, ID= Desconfianza interpersonal, IA= Conciencia interoceptiva, MF= Miedo a la madurez, A= Ascetismo, IR= Impulsividad, SI= Inseguridad Social, IMC= Índice de masa corporal, ROS= Escala de autoestima de Rosenberg, IBN= Índice de bulimia nerviosa, ITA= Índice de Trastorno de atracones y HORAS= Tiempo dedicado a las redes sociales

La variable con más correlaciones fue inseguridad social, con 8 correlaciones superiores a 0,40. La variable con menos correlaciones fue índice de masa corporal y horas en redes sociales

CONCLUSIONES

Con los resultados arrojados por los procesos estadísticos empleados se ha observado que no se han dado resultados significativos, ya sea porque esto se diese así, o porque la muestra haya sido reducida y al emplear sólo productos de 100 participantes esto haya podido condicionar los resultados. De cara a otra investigación se podría tener en cuenta realizarlo con una muestra mayor, y así observar mayor variabilidad de resultados.

También se tendría más en cuenta la búsqueda de personas con diferentes edades, aunque en este caso han sido partícipes más personas en edades jóvenes o adolescencia, lo cual puede ser ilustrativo también teniendo en cuenta que son la población más afectada por este tipo de trastornos.

BIBLIOGRAFÍA

Atienza, F.L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, vol XXII(1S2), 29S42.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ojeda-Martín, Álvaro, López-Morales, M^a del Pilar, Jáuregui-Lobera, Ignacio, & Herrero-Martín, Griselda. (2021). Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(10), 1289-1307. Epub 23 de enero de 2022

Sagardoy, R. C., Solórzano, G., Morales, C., Soledad Kassem, M., Codesal, R., Blanco, A., & Morales, L. T. G. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clinica y salud*, 25(1), 19–37. [https://doi.org/10.1016/s1130-5274\(14\)70024-6](https://doi.org/10.1016/s1130-5274(14)70024-6)

Olesti Baiges, M., Piñol Moreso, J. L., Martín Vergara, N., de la Fuente García, M., Riera Solé, A., Bofarull Bosch, J. M. a., & Ricomá de Castellarnau, G. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de pediatría (Barcelona, Spain: 2003)*, 68(1), 18–23. <https://doi.org/10.1157/13114466>

Hernández-Cortés, L. M., & Londoño Pérez, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de psicología*, 29(3). <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.175711>

Alonso Alfonseca, J, (2006) *Trastornos de la conducta alimentaria y deporte*

Maldonado-Ferrete, Rubén, Catalán-Camacho, María, Álvarez Valbuena, Vanessa, & Jáuregui-Lobera, Ignacio. (2020). Funcionamiento neuropsicológico en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: un estudio comparativo. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(5), 504-534. Epub 19 de octubre de 2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3398>

Benítez, AM, Sánchez, S, Bermejo, ML, Franco, L, García-Herráiz, MA, & Cubero, J. (2019). Análisis del Riesgo de sufrir Trastornos Alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura (España). *Enfermería Global*, 18(54), 124-143. Epub 14 de octubre de 2019.

Behar, Rosa. (2018). Trastornos alimentarios en mujeres adultas (maduras). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(3), 177-185. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000300177>

Cravioto Gutiérrez, K (2021) *Estudio de los roles familiares como factor de riesgo asociado al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y protocolo de intervención para familias con integrante en riesgo a padecer anorexia*
La influencia de las redes sociales y el riesgo de desarrollar un TCA en las jóvenes (Valery N. Candray)

Pyle, R. L., Halvorson, P. A., Neuman, P. A., & Mitchell, J. E. (1986). The increasing prevalence of bulimia in freshman college students. *The International Journal of Eating Disorders*, 5(4), 631-647. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(198605\)5:4<631::aid-eat2260050404>3.0.co;2-](https://doi.org/10.1002/1098-108x(198605)5:4<631::aid-eat2260050404>3.0.co;2-)

e

Johnson, C., & Connors, M. E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa: A biopsychosocial perspective*. Basic Books.

Bell, D. E. (1985). Disappointment in Decision Making under Uncertainty. *Operations Research*, 33, 1-27. <https://doi.org/10.1287/opre.33.1.1>

Casper, R. C. (1983). On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: A historical view. *International Journal of Eating Disorders*, 2(3), 3–16. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:3<3::AID-EAT2260020302>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:3<3::AID-EAT2260020302>3.0.CO;2-D)

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11(3), 263–284. <https://doi.org/10.2190/r55q-2u6t-lam7-rqr7>

Garner, D. M., Garfinkel, P. E., & Bonato, D. P. (1987). Body image measurement in eating disorders. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 17, 119–133. <https://doi.org/10.1159/000414010>

Garner, David M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6(2), 123–150. <https://doi.org/10.1007/bf01183887>

Haimes, A. L., & Katz, J. L. (1988). Sexual and social maturity versus social conformity in restricting anorectic, bulimic, and borderline women. *The International Journal of Eating Disorders*, 7(3), 331–341. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(198805\)7:3<331::aid-eat2260070304>3.0.co;2-b](https://doi.org/10.1002/1098-108x(198805)7:3<331::aid-eat2260070304>3.0.co;2-b)

Strober, M., & Goldenberg, I. (1981). Ego boundary disturbance in juvenile anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 433–438. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198104\)37:2<433::aid-jclp2270370242>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198104)37:2<433::aid-jclp2270370242>3.0.co;2-1)

Thompson, R. A. (1988). Emotion and self-regulation. *Nebraska Symposium on Motivation. Nebraska Symposium on Motivation*, 36, 367–467.

Wagner, S., Halmi, K. A., & Maguire, T. V. (1987). The sense of personal ineffectiveness in patients with eating disorders: One construct or several? *The International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 495–505. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(198707\)6:4<495::aid-eat2260060406>3.0.co;2-i](https://doi.org/10.1002/1098-108x(198707)6:4<495::aid-eat2260060406>3.0.co;2-i)

Casper RC, Eckert ED, Halmi KA, Goldberg SC, Davis JM. Bulimia. Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1980 Sep;37(9):1030-5. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780220068007. PMID: 6932187.

Mitchell JE, Hatsukami D, Pyle RL, Eckert ED. The bulimia syndrome: course of the illness and associated problems. *Compr Psychiatry*. 1986 Mar-Apr;27(2):165-70. doi: 10.1016/0010-440x(86)90025-8. PMID: 3456880.

Heilbrun, A. B., & Bloomfield, D. L. (1986). Cognitive differences between bulimic and anorexic females: Self-control deficits in bulimia. *The International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 209–222.

[https://doi.org/10.1002/1098-108x\(198602\)5:2<209::aid-eat2260050203>3.0.co;2](https://doi.org/10.1002/1098-108x(198602)5:2<209::aid-eat2260050203>3.0.co;2)

-x

Lacey, J. H., & Evans, C. D. (1986). The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81(5), 641–649.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1986.tb00382.x>

"Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes" por Forns, M. y Sánchez-Carracedo, D. (2018) en la revista *Pediatría Catalana*. <https://www.actapediatrica.org/index.php/secciones/nutricion-y-gastroenterologia/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-adolescentes>

"Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa" por Castro, J., et al. (2018) en la revista *Anales de Pediatría Continuada*. <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-anorexia-nerviosa-S1696281818300914>

"Aspectos psicológicos y psicopatológicos de los trastornos de la conducta alimentaria" por López-Guimerà, G., et al. (2019) en la revista *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. <https://www.revistappp.org/Articulos/20190305193600233.pdf>

"Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: una revisión" por Carrera, M., et al. (2018) en la revista Medicina Universitaria. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631730012X>

"Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas" por Herpertz-Dahlmann, B. (2018) en la revista Folia Humanística. <http://revistafhm.uprrp.edu/wp-content/uploads/2019/06/03Hermi-pg11-28.pdf>

"Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: revisión y actualización" por Castro J., et al. (2018) en la revista Anales de Pediatría. <https://www.analesdepediatría.org/es-trastornos-conducta-alimentaria-adolescencia-revision-articulo-S2341287917304223>

"Características clínicas y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria" por Arcelus J., et al. (2012) en la revista Psiquiatría Biológica. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214777212000170>

"Trastornos de la conducta alimentaria en hombres: una revisión sistemática" por Mitchison D., et al. (2017) en la revista Nutrición Hospitalaria <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28726267/>

"Factores de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria: revisión sistemática" por Abad J., et al. (2018) en la revista Clínica y Salud. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1805/180559944007>

"Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: una revisión sistemática" por Casares C., et al. (2018) en la revista Psicothema. <https://www.psicothema.com/pdf/4596.pdf>

Anexos

Tabla extendida de las correlaciones de Pearson

Matriz de Correlaciones

		DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI	IMC	Rosenberg	
DT	R de Pearson	—													
	gl	—													
	valor p	—													
B	R de Pearson	0.530***	—												
	gl	98	—												
	valor p	<.001	—												
BD	R de Pearson	0.617***	0.475***	—											
	gl	98	98	—											
	valor p	<.001	<.001	—											
I	R de Pearson	0.380***	0.398***	0.540***	—										
	gl	98	98	98	—										
	valor p	<.001	<.001	<.001	—										
P	R de Pearson	0.247*	0.210*	0.221*	0.422***	—									
	gl	98	98	98	98	—									
	valor p	0.013	0.036	0.027	<.001	—									
ID	R de Pearson	0.056	0.011	0.181	0.518***	0.222*	—								
	gl	98	98	98	98	98	—								
	valor p	0.583	0.911	0.071	<.001	0.026	—								
IA	R de Pearson	0.345***	0.454***	0.414***	0.580***	0.340***	0.366***	—							
	gl	98	98	98	98	98	98	—							
	valor p	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	—						
MF	R de Pearson	0.234*	0.132	0.119	0.363***	0.251*	0.281**	0.307**	—						
	gl	98	98	98	98	98	98	98	—						
	valor p	0.019	0.190	0.240	<.001	0.012	0.005	0.002	—						
A	R de Pearson	0.452***	0.338***	0.363***	0.535***	0.432***	0.371***	0.503***	0.306**	—					
	gl	98	98	98	98	98	98	98	98	—					
	valor p	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	0.002	—				
IR	R de Pearson	0.225*	0.234*	0.279**	0.496***	0.340***	0.380***	0.680***	0.329***	0.497***	—				
	gl	98	98	98	98	98	98	98	98	98	—				
	valor p	0.024	0.019	0.005	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	—			
SI	R de Pearson	0.286**	0.240*	0.403***	0.757***	0.438***	0.749***	0.496***	0.479***	0.470***	0.530***	—			
	gl	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	—			
	valor p	0.004	0.016	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	—		
IMC	R de Pearson	0.212*	0.077	0.345***	-0.029	-0.102	-0.066	-0.164	-0.124	0.027	-0.227*	-0.058	—		
	gl	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	—		
	valor p	0.034	0.447	<.001	0.774	0.313	0.512	0.103	0.219	0.788	0.023	0.569	—		
Rosenberg	R de Pearson	-0.412***	-0.301**	-0.575***	-0.805***	-0.382***	-0.382***	-0.562***	-0.348***	-0.430***	-0.414***	-0.625***	-0.051	—	
	gl	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	—	
	valor p	<.001	0.002	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	0.616	—
IBN	R de Pearson	0.539***	0.581***	0.575***	0.293**	0.135	0.037	0.403***	0.115	0.298**	0.218*	0.229*	0.288**	-0.433***	
	gl	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	
	valor p	<.001	<.001	<.001	0.004	0.196	0.728	<.001	0.272	0.004	0.036	0.027	0.005	<.001	
ITA	R de Pearson	0.492***	0.528***	0.563***	0.277**	0.050	0.032	0.359***	0.184	0.275**	0.147	0.249*	0.389***	-0.379***	1.1
	gl	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
	valor p	<.001	<.001	<.001	0.009	0.649	0.771	<.001	0.088	0.010	0.175	0.020	<.001	<.001	<.1

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Matriz de Correlaciones

		DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI	IMC	Rosenberg	
¿Cuánto tiempo le dedica, en total, a las redes sociales cada día?	R de Pearson	0.273**	0.313**	0.230*	0.121	0.108	-0.137	0.302**	-0.053	0.081	0.302**	0.003	0.032	-0.149	0.1
	gl	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98
	valor p	0.006	0.002	0.021	0.230	0.285	0.174	0.002	0.598	0.421	0.002	0.973	0.754	0.139	<.1

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001