

Anna Faiges Gil

**INFLUÈNCIA DE LES XARXES SOCIALS EN LA PERCEPCIÓ DE LA IMATGE
CORPORAL EN POBLACIÓ ADULTA EMERGENT**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per: Dra. Rosa D. Raventós Torner

Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'infermeria

TARRAGONA 2022

“Mai perdís l’oportunitat de començar quelcom sense importar lo petit que sigui.
Doncs és meravellós veure que amb freqüència la llavor germina i crea arrels.”

Florence Nightingale

Agraïments

En primer lloc, m'agradaria agrair a la tutora del treball, la Dra. Rosa D. Raventós, per a guiar-me, ajudar-me i recolzar-me durant tots els moments que ha comportat la realització d'aquest treball; per la seva dedicació i confiança depositada en mi.

En segon lloc, donar les gràcies a la meva família per no deixar de confiar en mi, per recolzar-me en tot moment, per ajudar-me en els dies més dolents i sobretot, per respectar totes les hores de silenci que he necessitat.

Per últim, agrair a totes aquelles persones que, de manera anònima, han participat i aportat informació a través del qüestionari per al desenvolupament d'aquest treball.

ÍNDIX

Índex d'abreviatures	5
Índex de taules	6
Índex de figures	6
Índex de gràfics	6
Índex d'annexos.....	6
Resum	8
Abstract	9
1. INTRODUCCIÓ.....	10
1.1 Justificació.....	11
2. OBJECTIUS.....	12
3. MARC TEÒRIC.....	12
3.1 Transcurs dels cànons de bellesa.....	12
3.2 Les xarxes socials	13
3.3 Trastorns de la conducta alimentària (TCA).....	15
3.4 Factors de risc de TCA.....	18
3.5 Criteris diagnòstics	21
3.6 Prevenció dels TCA.....	23
3.7 “Model de promoció de la salut” de Nola J. Pender.....	26
4. METODOLOGIA	27
4.1 Disseny.....	27
4.2 Població i mostra	27
4.4 Instrument	29
4.5 Recollida de dades	30
4.6 Aspectes ètics	31
5. LIMITACIONS	31
6. RESULTATS.....	32
7. DISCUSSIÓ	35
8. LÍNIES FUTURES.....	37
9. CONCLUSIONS.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	39
ANNEXES	47

Índex d'abreviatures

TCA	Trastorns de la conducta alimentària
CAR	Qüestionari Breu de Conductes Alimentàries de Risc
ED	<i>Eating Disorders</i>
IAB	<i>Institute Advertising Bureau</i>
AN	Anorèxia nerviosa
BN	Bulímia nerviosa
TA	Trastorn per afartament
TCANE	Trastorn de la conducta alimentària no específic
DSM-V	Cinquena versió del manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals
CIE-10	Classificació internacional de malalties
DSM-IV-TR	Quarta edició revisada del manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals
IMC	Índex de massa corporal
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
EAP	Equip Atenció Primària
EAT-40	<i>Eating Attitudes Test</i>
SCOFF	<i>Sick, control, one, fat, food</i>
AP	Atenció Primària
BSQ	<i>Body Shape Questionnaire</i>
MPS	Model de Promoció de la Salut
INE	Institut Nacional d'Estadística
URV	Universitat Rovira i Virgili
AIMC	Associació per a la Investigació de Mitjans de Comunicació

Índex de taules

Taula 1	Classificació dels Trastorns de la Conducta Alimentària segons la cinquena versió del manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals.
Taula 2	Criteris diagnòstics d'Anorèxia Nerviosa (F50.0) segons el DSM-V
Taula 3	Criteris diagnòstics de Bulímia Nerviosa (F50.2) segons el DSM-V
Taula 4	Criteris diagnòstics de Trastorn per Afartament (F50.8) segons el DSM-V
Taula 5	Criteris d'inclusió i d'exclusió
Taula 6	Variables independents
Taula 7	Variables dependents
Taula 8	Percentatge de risc de TCA segons el gènere

Índex de figures

Figura 1	Etiologia dels Trastorns de la Conducta Alimentària
Figura 2	Esquema recollida d'enquestes

Índex de gràfics

Gràfic 1	Freqüència d'ús de les xarxes socials
Gràfic 2	Temps d'ús de les xarxes socials en població d'alt risc de TCA
Gràfic 3	Necessitat de canviar la imatge corporal després de navegar per les xarxes socials en població d'alt risc de TCA

Índex d'annexos

Annex 1	Qüestionari <i>Eating Attitudes Test</i> (EAT-40)
Annex 2	Versió abreujada del <i>Eating Attitudes Test</i> (EAT-26)
Annex 3	Qüestionari SCOFF

Annex 4	Adaptació a població espanyola del <i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ)
Annex 5	Escala de valoració de la imatge corporal de Gardner, Stark, Jackson i Friedman.
Annex 6	Qüestionari Breu de Conductes Alimentaries de Risc (CAR)
Annex 7	Població de Catalunya de 18 a 29 anys
Annex 8	Càlcul de la mostra
Annex 9	Qüestionari d'elaboració pròpia
Annex 10	Full d'informació al participant
Annex 11	Consentiment informat
Annex 12	Taules de percentatges de resposta de les variables sociodemogràfiques
Annex 13	Gràfic dels percentatges de contingut més visualitzat en les xarxes socials
Annex 14	Taules de percentatges de resposta en el grup d'alt risc de TCA en les variables més rellevants

Resum

L'alteració en la imatge corporal s'associa a la insatisfacció corporal i als trastorns de la conducta alimentària (TCA). La prevalença de TCA a Espanya entre els 12 i els 21 anys és del 4,1 – 4,5%, amb una proporció home/dona de 1:10. Un 85% de la població són usuaris de les xarxes socials com *Instagram* i l'ús d'aquestes plataformes provoca un augment en la insatisfacció corporal, sent un factor de risc important per als TCA.

L'objectiu general és conèixer l'impacte que generen les xarxes socials en l'autopercepció corporal i la relació amb un probable risc de patir un TCA en població adulta emergent (18 a 29 anys) de Catalunya.

Es tracta d'un estudi quantitatiu, no experimental, transversal, descriptiu i observacional. L'instrument utilitzat és un qüestionari autoadministrat amb una primera part d'elaboració *ad hoc* i una segona part amb el Qüestionari Breu de Conductes Alimentàries de Risc (CAR) validat. Les dades s'han analitzat amb els programaris Excel i Jamovi.

S'ha obtingut una mostra total de 388 individus que complien els criteris d'inclusió. El perfil principal és població femenina de 18 a 20 anys, amb un grau universitari que conviuen amb els pares a la província de Tarragona. En quant a les xarxes socials, el rang de temps d'ús més comú és de 2 a 4 hores al dia, sent *Instagram* la plataforma més utilitzada. Un 34,6% afirma haver-se comparat alguna vegada amb imatges que apareixen en les xarxes socials, mentre que un 12,9% sempre ho fa. Aquesta comparació es relaciona amb una inseguretat, la qual un 2,3% refereix tenir sempre i un 40,6% alguna vegada. El risc de TCA calculat amb el qüestionari CAR és alt en un 16,8% i moderat en un 24,3%.

Les xarxes socials juguen un paper molt important en la vida social de la població adulta emergent, sent *Instagram* la plataforma més utilitzada i els *influencers* el contingut més visualitzat. En el present estudi, podem afirmar que existeixen diferents factors que podrien incrementar el risc de desenvolupar un TCA, com són el gènere i el total d'hores d'ús de les xarxes socials.

Paraules clau: imatge corporal, xarxes socials, trastorns de la conducta alimentària, canons de bellesa.

Abstract

The alteration in the body image is linked to body dissatisfaction and to Eating Disorders (ED). In Spain, the prevalence of ED in the population aged 12 to 21 years old is of 4.1 – 4.5% with a male to female ratio of 1 to 10. The use of social networks such as Instagram, extended to 85% of the population, leads to an increase in body dissatisfaction, which ends up being an important risk factor for ED.

The purpose of this paper is to understand the impact that social media generates on body self-perception and its relationship with the likely risk of suffering an ED in the Catalan population aged 18 to 29 years.

It is a quantitative, non-experimental, cross-sectional, descriptive and observational study. The used instrument is a self-administered questionnaire with an initial *ad hoc* section followed by the validated Short Risk Food Behavior Questionnaire (CAR).

A total sample of 388 individuals who met the inclusion criteria was obtained. The main profile is a female population between 18 to 20 years of age, with university studies and living with their parents in the region of Tarragona. As for social media, the most commonly used time range is 2 to 4 hours a day, being Instagram the preferred platform. 34.6% of the sample confirms that they have ever compared their body with pictures from social networks, while 12.9% say they do it regularly. As shown by the results, this comparison exercise is directly linked with social insecurity, as 40.6% of the sample claims to ever suffered social insecurity, while 2.3% say they suffer it regularly. The risk of suffering ED obtained with the CAR questionnaire is high for a 16.8% of the sample and moderate for a 24.3%.

Social networks play a very important role in the social life of the emerging adult population, being Instagram the most common and influencers content the most watched. In the present study, we can conclude that there are different factors, such as gender and total hours of social network consumption, that can increase the risk of developing an ED.

Keywords: body image, social media, eating disorders, beauty cannons.

1. INTRODUCCIÓ

La imatge corporal es defineix com la figura que forma la pròpia ment sobre el cos, i es considera que està alterada quan l'avaluació de les pròpies dimensions corporals es manifesta amb judicis valoratius i que no coincideixen amb les dimensions reals, definint-se com una preocupació exagerada per algun defecte imaginari o sobreestimat de l'aparença física (1). Aquesta alteració en la imatge corporal s'associa a la insatisfacció corporal i als trastorns de la conducta alimentària (TCA) (2).

A Espanya, els últims estudis realitzats assenyalen una taxa de prevalença de TCA del 4,1 – 4,5% entre els 12 i els 21 anys (3). Més concretament, el 90 – 95% de les persones que pateix un TCA són dones adolescents, amb una proporció home/dona d' 1:10, sent més freqüent l'inici al voltant de l'adolescència (13 a 18 anys) o al principi de l'edat adulta emergent (18 a 29 anys) (4).

Actualment, les noves tendències en la moda, els estàndards en l'aspecte físic i els patrons d'alimentació es consideren els possibles disparadors en l'augment de la freqüència d'aquests trastorns (5). En una revisió bibliogràfica de García et al., (2020), es conclou l'existència d'un major risc de patir TCA en el gènere femení ja que els canons i ideals de bellesa i la primesa s'han imposat des de la infància a través dels mitjans de comunicació. Així doncs, l'exposició a les xarxes socials, provoca un augment de la insatisfacció corporal en aquest gènere molt més elevat que en el gènere masculí (6). Per aquest motiu, la insatisfacció corporal és un factor de risc important per als TCA (7), en què s'observa un increment considerable d'aquests des de la introducció de les noves tecnologies en la societat (8). En la mateixa línia, l'estudi realitzat per Wick i Keel (2020) sobre la edició de les imatges en les xarxes socials va determinar que els filtres i el retocs d'imatges també suposen un factor de risc en el desenvolupament d'aquesta patologia (9).

En l'actualitat, són milions els individus arreu del món, especialment adolescents i joves, que s'han deixat seduir per les noves tecnologies i Internet (10). Segons l'Estudi Anual de Xarxes Socials realitzat per l'*Institute Advertising Bureau* (IAB) a Espanya el 2021, de tota la població espanyola d'entre 16 i 70 anys, un 93% és població internauta, és a dir que navega per Internet, i un 85% de la població són usuaris de xarxes socials. D'aquest 85%, un 17% és entre població de 16 a 24 anys i un 35% en població de 25 a 40 anys (11). El seu ús presenta avantatges en quant a l'accés a informació, oci, aprenentatge, socialització i comunicació. Tot i així, en els adolescents hi ha diversos

inconvenients com el desplaçament d'altres activitats, excés d'informació al seu abast, contingut insegur, aïllament social, sedentarisme, addiccions, entre d'altres (12).

La realitat és que, en el present, hi ha un increment de l'ús de les xarxes socials per buscar informació sobre salut. S'anomena *fitspiration* a la tendència de salut popular a les xarxes socials on es publiquen o veuen imatges, cites i consells sobre exercici i nutrició. Aquestes publicacions es generen i comparteixen a les principals plataformes com *Instagram*¹ i *Facebook*². Malgrat un enfocament principal positiu, aquest contingut conté imatges objectivadores que representen un cos femení idealitzat i atlètic i un tipus de cos masculí hipermusculat. És per aquest motiu que aquesta pràctica està clarament associada a canvis en el comportament alimentari i esportiu amb l'objectiu de tenir millor aparença, com per exemple el seguiment de dietes restrictives o dietes netes³ i l'increment de la realització d'exercici físic (7).

L'objectiu d'aquest estudi és conèixer l'impacte que tenen les xarxes socials en la percepció de la imatge corporal en la població adulta emergent resident a Catalunya, i associar-ho a un possible risc de TCA.

1.1 Justificació

L'ús d'Internet i, especialment, de les xarxes socials centrades en l'aparença, s'associa a una major preocupació per a la imatge corporal i l'alimentació. Les característiques del desenvolupament poden fer que la població adolescent i adulta emergent siguin especialment vulnerables a aquests efectes. Alhora, són la població més compromesa pel que fa a l'ús de les xarxes socials (13).

A la cultura occidental, l'atractiu físic s'associa amb freqüència a l'èxit i al valor personal, de manera que aquests trastorns poden estar provocats pel desig de tenir èxit o ser acceptats (14). Aquesta internalització dels ideals de bellesa des de la infància suposa un risc d'insatisfacció corporal i de conductes de risc en front l'alimentació quan no s'aconsegueix el pes o la imatge corporal desitjats (4).

¹ És una plataforma de xarxa social gratuïta d'intercanvi de fotografies i vídeos curts en línia. També s'utilitza per l'edició de fotografies i com a mitjà de comunicació.

² És una xarxa social gratuïta que permet connectar-se per interactuar i compartir continguts. La interacció és a través de comentaris, missatges privats, grups i emissions de vídeo en directe.

³ Consum d'aliments percebuts com a sans i no processats.

Fent referència a la motivació personal d'aquest estudi, aquesta ve donada com a conseqüència d'experiències properes viscudes amb un trastorn que engloba i limita molts àmbits de la vida, tant de la persona que el pateix com del seu entorn.

2. OBJECTIUS

Objectiu general:

- Conèixer l'impacte que generen les xarxes socials en l'autopercepció corporal i la relació amb un probable risc de patir un TCA en població adulta emergent (18 a 29 anys) de Catalunya.

Objectius específics:

- Analitzar el nivell d'influència en la percepció de la imatge corporal.
- Identificar quin és el risc de patir un TCA.
- Determinar el temps dedicat a les xarxes socials.

3. MARC TEÒRIC

3.1 Transcurs dels cànons de bellesa

El conjunt de característiques que una societat considera convencionalment com bonic o atractiu, ja sigui en una persona o un objecte, s'anomena cànon de bellesa. Aquest cànon varia segons la època i la cultura. Per tal de comprendre quins són els cànons de bellesa que imperen en la societat actual, cal fer una breu retrospectiva en la societat i veure la seva evolució des del principi del segle XX fins a l'actualitat (15).

El canvi de segle va ser un punt d'inflexió en el cànon de bellesa femenina. A partir dels anys 20 s'iniciava l'auge del moviment internacional de reivindicació del dret de les dones a exercir el vot anomenat sufragisme, i el concepte de la "nova dona". La moda servia d'arma política on la roba, tot i ser elegant, buscava la comoditat deixant el cos de banda. Es portaven peces de roba caracteritzades per no marcar les corbes del cos, anomenades *flappers* (13).

Durant els anys 30 es va accentuar el concepte de figura corporal en forma de rellotge de sorra, on les actrius de l'època daurada de Hollywood marcaven els cànons de

bellesa del moment, sent l'actriu Mae West la figura clau. A partir d'aquesta època l'ideal de bellesa comença a allunyar-se de la realitat del cos de les dones (13).

Com a conseqüència de la segona Guerra Mundial, durant els anys 40 Rita Hayworth era la màxima representant amb la seva pell perfecta i el seu cos prim. Durant els anys 50 apareix una de les majors icones de la sexualitat, Marilyn Monroe. Dècada en la qual es buscava una figura exuberant i de relotges de sorra, on el bust fos gran, la cintura estreta i les cames llargues.

Les models dels anys 60 es caracteritzaven per figures primes, cames llargues i per l'estètica andrògena. En l'arribada dels anys 70 i 80 seguia predominant la figura prima però alhora es buscava un cos exercitat i atlètic, com el de Jane Fonda. A finals dels anys 80 van aparèixer les primeres *top models* les quals es caracteritzaven per tenir un cos prim i ser altes, allunyant-se de la mida estàndard de la majoria de dones (13).

Va ser en els anys 90 quan va començar a posar-se en rellevància la cerca de la primesa extrema, en alguns casos fins i tot per sota del pes recomanat. A partir d'aquell moment el cànon de bellesa es centrava en dones altes i primes. Amb el canvi al segle XXI apareix la figura dels àngels de Victoria Secret, considerant-se les models referents a seguir i posicionant-se com l'ideal de bellesa: altes, primes, tonificades i moltes d'elles bronzejades (13).

En l'actualitat, la gran influència de la figura de Kim Kardashian a les xarxes socials ha provocat un canvi en el paradigma de la imatge corporal, on a la figura d'un cos prim se li destaca l'ideal de corbes pronunciades, anomenant-se estil *slim thick*.

3.2 Les xarxes socials

L'arribada d'Internet i l'ús de les xarxes socials ha suposat un canvi en la societat i en la seva manera de relacionar-se. La idea primigènia de la xarxa social neix d'una pàgina web sense ànim de lucre on l'únic objectiu era oferir als usuaris un lloc on poder connectar-se digitalment. Amb molt poc temps s'ha promocionat i fomentat la seva utilització en la població incrementant-ne el seu ús d'una manera exponencial, així com també la aflüència i la seva freqüència d'ús.

En l'actualitat, gràcies a les plataformes digitals, els usuaris tenen la capacitat d'estar connectats des de tot arreu del món i en qualsevol moment per a mantenir converses, compartir opinions, imatges i vídeos de manera immediata (15).

Els blogs i les xarxes socials han propiciat l'aparició de nous espais de consum on les marques troben la oportunitat de poder promocionar i vendre els seus productes. És aquí on neix la figura de l'*influencer* el qual crea contingut d'interès i sovint se'l contracta per a fer publicitat de productes. El rol d'*influencer* funciona gràcies a la capacitat que tenen de crear una comunitat d'individus entre els qual es formin vincles entre ells, es sentin identificats i es puguin comunicar. D'aquesta manera, la comunitat veu a l'*influencer* com un més de la comunitat i comencen a seguir les seves recomanacions deixant enrere aquella figura idolatrada de les actrius de cinema i de les models de passarel·la intangibles, que mai es podrien arribar a conèixer o fer el mateix que elles per tal d'assemblar-s'hi una mica més (9).

El contingut publicat en els perfils de tipus *lifestyle* es basa en mostrar un estil de vida saludable, no obstant, alguns d'aquests mostren contingut poc saludable provocant que el públic que consumeix el seu producte compari el seu aspecte físic amb el de l'*influencer* o bé que segueixi les recomanacions que aquest li indica. Cal destacar que els individus que lideren aquests tipus de perfils tenen la capacitat de transmetre de manera ràpida i eficaç el seu missatge, adquirint credibilitat entre la seva comunitat, sent així la seva opinió i recomanacions important per als seguidors (16).

En una investigació de Holland i Tiggermann (2015) es va observar que les dones que publicaven a la plataforma d'Instagram fotos de *fitspirations* tenien una puntuació més alta en la tendència d'estar prim, de patir bulímia, del desig d'estar musculada i de conductes d'exercici compulsives. Es conclou doncs, que un 17,5% d'aquestes dones presentaven més risc de patir un TCA (13).

Contingut de risc de TCA en les xarxes socials

L'any 2004 es van començar a popularitzar a nivell d'Internet pàgines web anomenades *Ana y Mia*, que recolzaven els TCA com un estil de vida a seguir i plantejant-ho com un ideal al qual arribar. El concepte són noms femenins que personifiquen els trastorns de l'anorèxia i la bulímia, conceptualitzant-se com deesses que guien a les persones cap a la suposada perfecció, a la qual s'hi arriba mitjançant sacrifici, esforç, fam i dolor.

Aquestes pàgines generalment són creades per una o varies persones que pateixen un TCA i publiquen contingut perillós, ja que comparteixen consells per a ocultar el trastorn en el seu entorn, incentiven a la comunitat a perdre pes i sovint promovent actituds autodestructives. Entre la comunitat es comparteixen dietes extremes sense fonament científic que posa en risc la salut de qui la realitza.

Generalment, molts dels usuaris que estan involucrats en aquesta tipologia de pàgines web, presenten una baixa autoestima lo qual comporta la seva immersió per tal d'aconseguir l'ideal de bellesa. La interacció entre iguals crea vincles formant un sentiment de pertinença i comunitat tant important en l'etapa de l'adolescència (16).

Per tal de conceptualitzar la relació entre l'ús d'Internet i la imatge corporal, es destaquen tres mecanismes diferents. La teoria sociocultural, la qual proposa que aquesta relació es produeix a través de l'amplificació del missatge d'haver d'aconseguir un aspecte físic prim i tonificat. L'auto-objectivació i la teoria feminista, que destaca la importància de sentir-se avaluat i objectivat pels altres. I per últim, la teoria de la identitat social, que articula la importància de la categorització social i la pertinença a un grup (13).

3.3 Trastorns de la conducta alimentària (TCA)

Els TCA es defineixen com alteracions persistents específiques i severes en la ingesta dels aliments o en el comportament relacionat amb l'alimentació, i que comporta una alteració en el consum o en l'absorció dels aliments. Aquests es deuen a un impuls psíquic, no a una necessitat metabòlica o biològica i causen un deteriorament significatiu de la salut física o del funcionament psicosocial (4,5). Es considera un trastorn psicològic greu en el qual la persona afectada mostra una forta preocupació en relació al pes, la imatge corporal i l'alimentació, entre d'altres (6). Els trastorns més comuns són l'anorèxia nerviosa (AN), la bulímia nerviosa (BN), el trastorn per afartament (TA) i els trastorns de la conducta alimentària no especificats (TCANE).

Classificació dels TCA

Actualment existeixen dos sistemes internacionals de classificació per als trastorns de salut mental: la cinquena versió del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-V) i la dècima versió de la Classificació Internacional de Malalties (CIE-10). Fent referència al DSM-V, en aquest s'han realitzat alguns canvis respecte la versió anterior (DSM-IV-TR) com la inclusió del TA sent aquest una entitat clínica independent, el que abans era considerat com un TCANE. En la Taula 1 es mostren tots els trastorns definits en el DSM-V amb els subtipus, i a continuació es defineixen els més comuns.

Taula 1. Classificació dels TCA segons el DSM-V. Font: elaboració pròpia

Trastorns de la conducta alimentària i de la ingesta d'aliments	
Pica	
Trastorn de remugació	
Trastorn d'evitació/restricció de la ingesta d'aliments	
Anorèxia nerviosa	Anorèxia nerviosa de tipus restrictiu
	Anorèxia nerviosa de tipus afartament/purga
Bulímia nerviosa	
Trastorn per afartament	
Altres trastorns de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments especificat	Anorèxia nerviosa atípica
	Bulímia nerviosa (de freqüència baixa i/o durada limitada)
	Trastorn per afartament (de freqüència baixa i/o durada limitada)
	Trastorn per purgues
Síndrome d'ingesta nocturna d'aliments	
Trastorns de la conducta alimentària o de la ingesta d'aliments no especificat	

Anorèxia nerviosa (F50.0)

És una psicopatologia caracteritzada per la persistència de la por intensa a engreixar o a la flacciditat corporal, imposant-se a un mateix a mantenir-se per sota d'un límit màxim de pes corporal. Generalment existeix la presència de desnutrició de grau variable amb canvis endocrins i metabòlics secundaris. En base al grau de desnutrició es descriu la severitat de la patologia. Cal diferenciar-la de l'anorèxia de causa fisiològica (p. ex., en una gastroenteritis) la qual desapareix amb el cessament de la causa (17).

- *Anorèxia nerviosa de tipus restrictiu (F50.01)*. Aquest subtipus descriu presentacions en les que la pèrdua de pes és deguda principalment a la restricció en la dieta, el dejú i/o l'exercici excessiu. En els últims tres mesos no han d'haver-hi episodis recurrents d'afartaments o purgues (18).
- *Anorèxia nerviosa de tipus afartament/purga (F50.02)*. En aquest cas, a més de la realització de dieta, durant els últims tres mesos han d'haver-hi episodis recurrents d'afartament o purgues (p. ex., vòmit autoprovocat o ús inadequat de laxants, diürètics i/o ènemes) (18).

L'intercanvi entre els diferents subtipus durant el transcurs del trastorn és freqüent, per tant, la definició del subtipus es farà en base la simptomatologia del moment. A més de

determinar el subtipus, és important especificar l'estat de remissió (parcial⁴ o total⁵) i la gravetat actual. Aquesta última es determina en funció de l'índex de massa corporal (IMC) (lleu ≥ 17 kg/m², moderat 16-16,99 kg/m², greu 15-15,99 kg/m², extrem < 15 kg/m²) (18).

Bulímia nerviosa (F50.2)

Trastorn caracteritzat per episodis recurrents d'ingesta excessiva d'aliments, adherits a una gran preocupació pel control del pes corporal. Aquest excés alimentari condueix a conductes compensatòries com són vomitar i/o prendre laxants. La provocació repetida del vòmit pot comportar la presència de trastorns electrolítics i complicacions físiques. En la BN no es produeixen necessàriament alteracions ponderals (17).

Un episodi d'afartament es defineix com la ingesta en un període determinat de temps, generalment inferior a dues hores, d'una quantitat d'aliments clarament superior a la que la majoria de les persones ingerien en un període similar i circumstàncies semblants. Els afartaments es caracteritzen més per una alteració en la quantitat d'aliment que pel desig d'un nutrient específic. Tanmateix, la tendència és a ingerir aliments que en altres circumstàncies evitarien (18).

Fent referència a la definició de la BN, és de gran importància especificar si en aquell moment es troba en remissió parcial o total, i la gravetat actual. La gravetat es basa en la freqüència de comportaments compensatoris inapropiats (lleu 1-3 episodis a la setmana, moderat 4-7 episodis a la setmana, greu, 8-13 episodis a la setmana, extrem ≥ 14 episodis a la setmana) (18).

Trastorn per afartament (F50.8)

És un trastorn alimentari caracteritzat per la ingesta repetida de quantitats inusuals de menjar (afartament) acompanyat d'una sensació de pèrdua de control, d'un malestar intens i, al menys, tres dels següents fets: menjar molt més ràpid de lo habitual, menjar fins sentir-se desagradablement ple, menjar sense gana fisiològica, menjar sol degut a la vergonya que es sent, a posteriori sentir-se a disgust, deprimat o molt avergonyit. A diferència de la BN, aquests afartaments no van seguits de conductes compensatòries.

⁴ Compliment de tots els criteris diagnòstics, però posterior absència de compliment del criteri A (pes corporal baix) durant un període de temps. Es mantenen la resta de criteris diagnòstics.

⁵ Compliment de tots els criteris diagnòstics, però posterior absència de compliment de cap dels criteris durant un període continuat de temps.

Aquest trastorn s'associa a un consum energètic excessiu i és per aquest motiu que es produeix en persones de pes normal/sobrepès i en persones obeses(18).

Al igual que en ambdós trastorns anteriors, és important especificar el tipus de remissió (parcial o total) i la gravetat actual, sent aquesta última la mateixa que en la BN, segons la freqüència dels episodis d'afartament.

Trastorns de la conducta alimentària no especificats (F50.9)

Aquesta categoria s'aplica a presentacions en les que hi ha predomini de símptomes característics d'un TCA o de la ingesta d'aliments que causen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, però que no es compleixen tots els criteris de cap dels trastorns de la conducta alimentària definits (18).

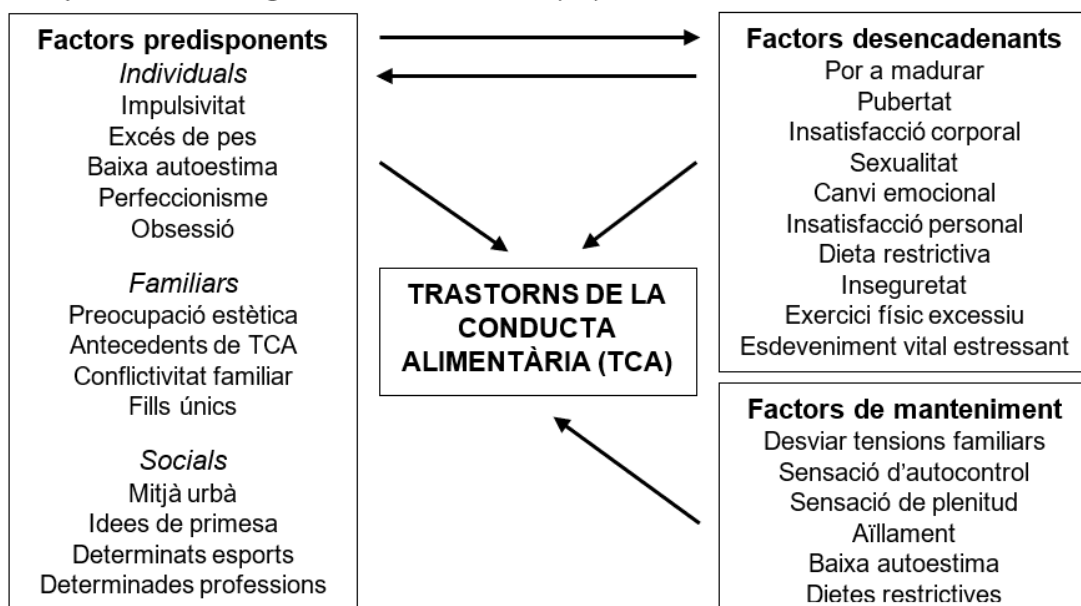
3.4 Factors de risc de TCA

Una detecció precoç és fonamental per tal de millorar el pronòstic dels TCA i així poder iniciar un tractament individualitzat. La identificació i intervenció dels possibles factors relacionats amb el desenvolupament del TCA forma part d'aquest abordatge.

Garner DM (1993) (19) proposa com a model explicatiu que els TCA són resultat de la interacció de tres tipus de factors: predisponents, precipitants i de manteniment (Figura 1) (20). Els factors predisponents confereixen susceptibilitat de patir un TCA, els

Figura 1. Etiologia dels trastorns de la conducta alimentària.

Adaptació. Font: Vargas Baldares MJ. 2018 (20)



precipitants condicionen la presa de decisions i condueixen a l'acció (p. ex., la insatisfacció en la imatge corporal) i els de manteniment provoquen l'extensió en el temps i dificulten el tractament. Els tres tipus de factors poden estar influenciats per factors personals (biològics, psicològics i cognitius) i per factors socioculturals (21).

Factors personals

La pertinença al sexe femení és un factor predisposant ja que les dones estan més exposades respecte als homes, i l'edat sent la pubertat i l'adolescència les més freqüents (22). Degut a la vulnerabilitat que representa la població femenina de desenvolupar TCA, en un estudi d'Escolar-Llamazares, MC et al. (2017) s'identifiquen els factors de risc presents en estudiants universitàries entre 18 i 25 anys que són: el desig de pesar menys, la obsessió per estar prim, les conductes bulímiques, la insatisfacció corporal i les conductes extremes per a controlar el pes.

Tal i com s'ha mencionat anteriorment, tot i que l'ideal de bellesa d'estar prim imposat en la societat produeix elevats nivells d'insatisfacció corporal, hi ha diferències individuals que fan més vulnerables a algunes persones a desenvolupar un TCA. Existeixen trets de personalitat que es relacionen amb el desenvolupament de símptomes de trastorns de la conducta alimentària:

- El perfeccionisme, factor de risc i de manteniment per a la patologia alimentària, duent la persona a adherir-se a regles estrictes sobre el menjar i posant excessiva èmfasi en aconseguir un cos ideal.
- L'emocionalitat negativa⁶ i l'humor depressiu, els quals s'associen a actituds negatives cap a un mateix, provocant una baixa autoestima i insatisfacció en varis aspectes, inclosa l'aparença física i el pes corporal (23).
- La insatisfacció corporal, sent un dels factors de risc més rellevants i el qual es veu agreujat pels estàndards de bellesa actuals.
- La dependència afectiva, considerada com la capacitat limitada de desenvolupar-se de manera independent, amb lo qual s'atribueix a un dèficit en l'autonomia i domini del propi cos, atorgant un sentit d'ineficàcia personal. Aquest dèficit en la identitat personal pot derivar-se en majors dificultats quan hi ha absència d'orientació parental o un enfrontament a noves demandes ambientals.

⁶ Descrita com la tendència a sentir-se infeliç i amb ansietat.

Per consegüent hi ha una baixa autoestima, falta de seguretat i perfeccionisme excessiu.

- La obesitat mòrbida sumada a les característiques mencionades augmenta el risc de TCA.

El sumatori de tots aquests factors pot conduir a l'ús i abús anormal dels aliments, instaurant aquestes conductes com a normalitat (24).

Els factors familiars es poden atribuir a altres factors com les diferències de gènere en el patró d'educació i socialització parenteral, la fragmentació de la família tradicional, els canvis en els hàbits i estils d'alimentació, la falta de control parental en la dieta alimentària i la pròpia preocupació i/o antecedents parenterals en relació amb aquests problemes (13).

Per últim, els factors associats als problemes psicològics són la insatisfacció i distorsió de la imatge corporal, els IMC extrems, l'ús i abús de dietes injustificades, la depressió i l'ansietat (13).

Factors socioculturals

L'exposició als mitjans, les pressions per estar prim, la internalització de l'ideal de bellesa i les expectatives al aprimar-se són aspectes relacionats directament amb dos dels factors de risc més clars en els TCA: la insatisfacció corporal i les preocupacions excessives pel pes i imatge corporal. Un factor predictiu de TCA és fer dieta, Patton et al., (1999) va confirmar que les dones que seguien dietes de moderades a severes tenien de 5 a 18 vegades més probabilitat de desenvolupar un TCA (25). La durada de l'exposició a les xarxes socials, juntament amb el tipus de contingut també pot incrementar el risc (23).

Fent referència a la publicitat, aquesta promou una sobrevaloració del cos femení prim i del cos masculí musculat, factors els quals estan estretament relacionats amb la insatisfacció corporal. Els mitjans de comunicació (xarxes socials, Internet, televisió, revistes, cine, etc) ofereixen missatges influenciables sobre lo inacceptable o acceptable de determinats atributs físics (13).

3.5 Criteris diagnòstics

Els criteris diagnòstic per als diversos tipus de TCA conformen un esquema de classificació que és mútuament exclouent, de manera que durant un únic episodi només pugui assignar-se un dels diagnòstics. La raó d'aquest abordatge és que, tot i les característiques psicològiques i de comportament comunes, aquests trastorns difereixen substancialment en el seu curs clínic, en els resultats i en el tractament (17).

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) és un manual publicat per la *American Psychiatric Association* (APA) en el que es classifiquen els trastorns mentals i es proporcionen descripcions, símptomes i altres criteris per a diagnosticar-los. Es considera el sistema de classificació amb una major acceptació, facilitant el llenguatge comú entre els diferents professionals de la salut. L'APA va publicar l'any 1994 la quarta edició del manual, el DSM-IV el qual a l'any 2000 es va revisar i publicar el DSM-IV-TR. La última revisió fins al moment és el DSM-V, publicat l'any 2013 (26,27).

Taula 2. Criteris diagnòstics d'Anorèxia Nerviosa (F50.0) segons el DSM-V. Adaptació. Font: Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-V), 2013 (18)

Anorèxia Nerviosa (AN)
A. Reducció de la ingesta energètica en relació a les necessitats, conduint a un pes significativament baix considerant l'edat, el sexe, el transcurs del desenvolupament i la salut física.
B. Por intensa a l'increment de pes o engreixar, fins i tot amb un pes significativament baix.
C. Alteració en la percepció del pes o imatge corporal, influència impròpia del pes en l'autoavaluació o negació de la gravetat del baix pes corporal actual.

Taula 3. Criteris diagnòstics de Bulímia Nerviosa (F50.2) segons el DSM-V. Adaptació. Font: Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-V), 2013 (18)

Bulímia Nerviosa (BN)
A. Episodis recurrents d'afartaments. Aquests es caracteritzen per: <ol style="list-style-type: none">1. Ingesta de gran quantitat d'aliment (clarament superior a la que la majoria de persones ingeririen en circumstàncies semblants) en un període determinat de temps, màxim de dues hores.2. Sensació de falta de control sobre la ingesta durant l'episodi (p. ex. La sensació de no poder deixar de menjar o no controlar la quantitat).
B. Conductes compensatòries inapropiades recurrents per evitar l'augment de pes (p. ex., vòmit autoprovocat, ús inadequat de laxants, diürètics o altres medicaments, dejú o exercici excessiu).
C. Els afartaments i conductes compensatòries es produeixen, de mitjana, al menys un cop a la setmana durant tres mesos.
D. L'autoavaluació està indegudament influenciada pels pes i la imatge corporal
E. L'alteració no es produeix exclusivament durant els episodis d'anorèxia nerviosa

El TA s'inclou per primera vegada en l'última versió del manual, el DSM-V, inclòs com una categoria independent i amb uns criteris diferenciats d'altres formes de TCA.

Taula 4. Criteris diagnòstics de Trastorn per Afartament (F50.8) segons el DSM-V. Adaptació. Font: Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-V, 2013 (18)

Trastorn per Afartament (TA)	
A.	Episodis recurrents d'afartaments. Aquests es caracteritzen per: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingesta de gran quantitat d'aliment (clarament superior a la que la majoria de persones ingeririen en circumstàncies semblants) en un període determinat de temps, màxim de dues hores. 2. Sensació de falta de control sobre la ingesta durant l'episodi (p. ex. La sensació de no poder deixar de menjar o no controlar la quantitat).
B.	Els episodis d'afartament s'associen a tres (o més) dels fets següents: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjar molt més ràpidament del normal 2. Menjar fins sentir-se desagradablement ple 3. Menjar grans quantitats d'aliments, tot i no sentir gana físicament 4. Menjar sol degut a la vergonya que es sent per la quantitat ingerida 5. Posteriorment sentir-se a disgust amb un mateix, deprimat o molt avergonyit
C.	Malestar intens respecte els afartaments
D.	La mitjana d'afartaments és al menys un cop a la setmana durant tres mesos
E.	L'afartament no s'associa a comportaments compensatoris inapropiats i no es produeix exclusivament en el curs de la bulímia nerviosa o l'anorèxia nerviosa.

El TCANE s'aplica a presentacions en les que predominen els símptomes característics d'un TCA o de la ingesta d'aliments però que no compleixen tots els criteris diagnòstics de cap dels trastorns. No obstant, per a ser diagnosticat cal que existeixin símptomes característics dels trastorns alimentaris i presentar un malestar clínicament significatiu (18,27).

Eines per a la detecció precoç

Els TCA representen la tercera malaltia crònica més comú entre la població adolescent. El retard en la identificació d'un TCA condueix a una major morbiditat i, per tant, a un pitjor pronòstic. Així doncs, és de gran importància la detecció precoç en persones amb alt risc de desenvolupar un TCA, sent imprescindible la intervenció de l'Equip d'Atenció Primària (EAP) per tal d'identificar possibles símptomes i signes d'alarma (28).

L'ús apropiat d'eines de cribatge breus i validades durant les visites de nens/adolescents sans és una bona oportunitat per aplicar de manera integrada programes de prevenció dels TCA. Els instruments de cribatge són insuficients per tal

d'establir un diagnòstic, però en canvi són útils per a una primera avaluació, descartant l'existència de simptomatologia sospitosa (26).

Existeixen nombrosos qüestionaris de cribratge que permeten una valoració sistemàtica del comportament alimentari, útils per a la detecció precoç i l'avaluació dels TCA. En l'exploració de conductes i símptomes pròpies dels TCA un dels més útils és el *Eating Attitudes Test* (EAT-40), instrument de cribratge adequat de casos de TCA en població espanyola (Annex 1) (29), contempla una versió abreviada, l'EAT-26 (Annex 2) (28). El qüestionari SCOFF (de l'acrònim en anglès, *sick, control, one, fat, food*) (Annex 3) és un instrument de cribratge que valora la pèrdua de control sobre la ingesta, les purgues i la insatisfacció corporal. Permet de manera ràpida i fàcil la detecció en Atenció Primària (AP) de grups de risc de TCA i es disposa d'una versió espanyola adaptada i validada per García-Campayo J, *et al.*, 2004 (30).

Per tal d'avaluar la insatisfacció corporal, un dels qüestionaris més utilitzats és el *Body Shape Questionnaire* (BSQ), de 34 ítems (31). Aquest va ser adaptat a població espanyola per Raich *et al.* (1996) (Annex 4) (32). L'escala de valoració de la imatge corporal de Gardner, Stark, Jackson i Friedman (Annex 5) (33) està formada per 13 siluetes que representen contorns esquemàtics de la figura humana. Aquesta permet representar l'autopercepció actual de la imatge corporal i la imatge que consideren com "ideal" i, posteriorment l'avaluador fa una estimació de la imatge corporal real (34). El Qüestionari Breu de Conductes Alimentaries de Risc (CAR) (Annex 6) és un qüestionari autoaplicat de 10 ítems, el qual té la finalitat de mesurar les conductes característiques dels TCA, prenent com a base els criteris diagnòstics del DSM (35). El qüestionari CAR es basa en la prevenció primària per tal de fer una detecció del risc, establint preguntes principalment per conductes i la freqüència amb la que aquestes es manifesten, de manera que permet l'obtenció de dades sobre pràctiques de risc sense tenir en compte l'estat psicològic.

3.6 Prevenció dels TCA

L'àmbit educatiu, la família, els mitjans de comunicació i l'AP s'identifiquen com els principals espais per a desenvolupar estratègies de prevenció dels TCA i de les conductes de risc (20). La prevenció són totes aquelles mesures destinades a prevenir l'aparició d'una malaltia, aturar la seva evolució i atenuar les seves conseqüències un cop establerta (36).

Prevenió primària

Les intervencions de prevenió primària estan destinades a eliminar o reduir els factors precipitants (biològics, psicològics o socials), aquells que augmenten la probabilitat de que s'estableixi un trastorn. Cal prestar especial atenció en aquest tipus de prevenió ja que la població més vulnerable són els adolescents. Aquest tipus de població acostuma a tenir una gran preocupació i obsessió per perdre pes i alhora es considera una etapa de la vida en la qual és fàcil crear necessitats i induir al consum (22,36).

Hi ha alguns àmbits principals en els que es pot realitzar prevenió primària en TCA:

- *Àmbit educatiu.* Tal i com s'ha mencionat, els adolescents són el principal grup de risc degut a les idees errònies que tenen sobre els canvis corporals en la pubertat, la nutrició, exercici, etc. És per aquest motiu la gran importància de treballar la prevenió primària en els centres educatius. El rol dels professionals sanitaris és educar sobre hàbits saludables, no dietes, promoure els àpats de manera regular, donar importància a les senyals fisiològiques de la gana i, sobretot, incidir en els factors de risc (36).
- *Àmbit esportiu.* Actualment la pràctica d'exercici físic és considerada la via per aconseguir reduir el pes o tenir una imatge corporal socialment acceptada. Per tant, no es considera com una eina per a millorar la salut, sinó amb fins estètics imposats per la societat. És per aquest motiu que és imprescindible que els centres esportius estiguin reglamentats i amb un equip de professionals esportiu i amb un control exhaustiu de la venda de productes alimentaris (36).
- *Atenció primària.* En l'àmbit de l'AP el professional de la salut hi juga un paper important i aquest ha de cuidar les seves actituds, conductes, llenguatge i el tipus d'indicacions que es donen (20). Aquests han de ser capaços de detectar factors i comportaments de risc per tal d'influir en la població vulnerable a través de programes formatius i educatius (36).

El primer pas per establir mesures de prevenió primària és identificar els factors de risc i avaluar el seu impacte en l'individu. Les intervencions específiques per als TCA més freqüents s'inclouen en: psicoeducacionals, educació en el pensament crític cap als

mitjans de comunicació, tècniques d'inducció i dissonància⁷, i intervencions focalitzades en suprimir els factors de risc i enfortir l'hoste (22).

Prevenió secundària

L'objectiu principal de la prevenió secundària és escurçar la durada del temps entre l'aparició del trastorn i l'inici d'un tractament efectiu, el qual s'ha d'establir lo abans possible per tal de reduir la prevalença. Per tant, cobra gran importància la formació adequada dels diferents col·lectius de professionals per tal d'actuar com a elements de detecció d'un TCA i la formació adequada dels professionals de la salut per tal de diagnosticar precoçment (22).

Per tal de desenvolupar programes de prevenió secundària, s'ha d'atendre al diagnòstic de la malaltia, al tractament precoç, als tractaments adequats, la prevenió de les recaigudes i als dispositius assistencials eficaços (36).

L'existència de qüestionaris de cribratge ajuden en la detecció d'individus de risc de TCA ja que aquests permeten valorar els hàbits alimentaris, l'autoconcepte i percepció de la imatge corporal, l'autoestima, les relacions interpersonals, el pes i l'exercici físic.

Prevenió terciària

Aquesta tipologia de prevenió, no únicament redueix la durada i els efectes de la patologia, sinó que pretén reduir les complicacions de la mateixa (36). Un tractament ràpid i adequat és l'element principal capaç de reduir l'aparició de seqüeles associades als TCA i evitar-ne la cronificació.

És aquí on més s'ha d'emfatitzar el treball interdisciplinari (infermeria, medicina, psicologia, nutrició, etc.) ja que aquest afavoreix la continuïtat del tractament, redueix el nombre d'hospitalitzacions, actua sobre els factors precipitants i de manteniment i avaluen les necessitats assistencials individuals (22).

El paper de la infermera en els pacients amb TCA és mantenir el control per complet de l'alimentació i l'exercici físic del pacient, supervisar la recuperació del control i guiar-lo cap a una presa de decisions de manera independent (36).

⁷ Tipus d'intervenció que pretén generar controvèrsia i constatar la inconsistència entre les conductes i els pensaments de les persones que participen en la intervenció per tal de crear una motivació cap al canvi d'hàbits perillosos.

3.7 “Model de promoció de la salut” de Nola J. Pender

El Model de Promoció de la Salut (MPS) és una teoria desenvolupada per Nola Pender l'any 1982 (37). Aquest model està basat en la promoció de la salut, educant als individus sobre com cuidar-se i portar una vida saludable. *“S’ha de promoure la vida saludable que és primordial abans que els cuidats perquè d’aquesta manera hi ha menys gent malalta, es gasten menys recursos, es dóna independència a la gent i es millora cap al futur”* (38).

El model sorgeix com una proposta d’integrar la infermeria a la ciència del comportament, identificant els factors que influencien els comportaments saludables, és a dir integrant els mètodes d’infermeria en les conductes de salut de les persones.

Pender expressa que la conducta està motivada pel desig d’aconseguir el benestar i el potencial humà. Es va interessar en la creació d’un model infermer que donés resposta a la forma com les persones adopten decisions sobre el cuidatge de la seva pròpia salut (39). Considera l’estil de vida com un patró multidimensional d’accions que l’individu realitza al llarg de la vida en el qual es projecta directament en la salut (38).

Pel desenvolupament de l’estudi, amb aquesta teoria es vol reafirmar la necessitat d’una educació sanitària en els grups de més risc de patir TCA, com són els adolescents. Durant la infància és quan es poden evitar futurs problemes de conductes alimentàries o comportaments patològics mitjançant la promoció de la salut, ja que en la vida adulta és més difícil modificar hàbits que millorin la salut. Per tant, el model teòric de promoció de la salut de Nola Pender ens ajudaria a promoure, per una banda, la pràctica de comportaments adequats per a millorar les conductes alimentàries en els adolescents i així poder millorar la seva salut física; i per altra banda, donar eines que ajudin als adolescents a reforçar l’autoestima i així millorar la seva salut mental (40).

Actualment és necessari prevenir els TCA, promovent un estil de vida saludable, explorant el potencial impacte que pot tenir una estratègia educativa dirigida a l’autocura, desenvolupant propostes d’intervenció específica, centrada en el context escolar i planejada des de l’AP. D’aquesta manera es pot incidir en l’alimentació saludable i el complement d’exercici físic, intentant aconseguir un progrés en la contextura de la imatge corporal (41).

4. METODOLOGIA

4.1 Disseny

Aquest estudi té un enfocament quantitatiu, no experimental, transversal, descriptiu i observacional, amb l'objectiu de conèixer l'impacte que generen les xarxes socials en l'autopercepció corporal i la relació amb un probable risc de patir un TCA en població adulta emergent (19 a 29 anys) de Catalunya.

4.2 Població i mostra

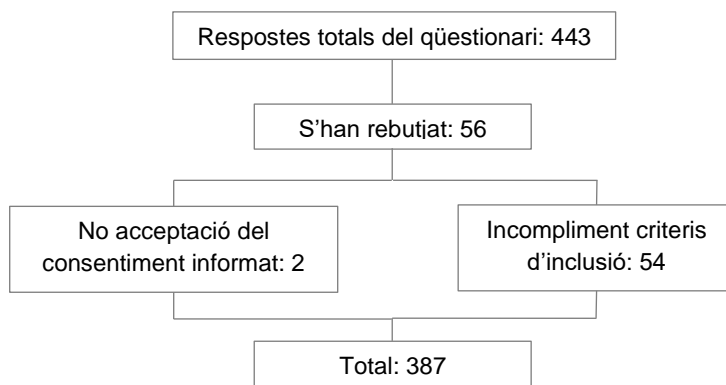
A partir del total de població resident a Catalunya de 18 a 29 anys de l'any 2021 definit en l'Institut Nacional d'Estadística (INE) de 997.551 habitants (Annex 7), s'ha dut a terme el càlcul de la mida de la mostra. Aquest càlcul s'ha realitzat mitjançant la fórmula corresponent en una població finita (Annex 8) en base el total de població (espanyols + estrangers) en ambdós sexes.

S'ha determinat un nivell de confiança del 95%, un marge d'error del 5% i assumint una màxima heterogeneïtat ($p=q=0,5$). El resultat de la mida de la mostra va ser de 384.

Cal destacar el fet de que és una mostra accidental, ja que l'investigador no coneix qui ha contestat el qüestionari, fet que pot suposar una limitació en l'estudi. La mostra ha sigut no aleatòria, de manera que ens obliga a ser prudents en l'anàlisi dels resultats. El mostreig no aleatori és un tipus de mostra no probabilística on la selecció dels individus a estudiar depèn d'unes determinades característiques o criteris que l'investigador ha considerat en el seu moment. Per tant, aquest tipus de mostra podria ser poc vàlida i fiable o reproduïble, degut a que no dona certesa de que cada subjecte d'estudi representi la població.

En el període comprès entre el 26 de febrer al 22 de març del 2022, es van recollir un total de 443 enquestes.

Figura 2. Esquema recollida d'enquestes. Font: elaboració pròpia



Criteris d'inclusió i exclusió

Taula 5. Criteris d'inclusió i d'exclusió

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
<ul style="list-style-type: none"> - Edat entre 18 i 29 anys - Residència a Catalunya 	<ul style="list-style-type: none"> - No acceptar el consentiment informat

4.3 Variables

En les Taules 6 i 7 apareixen les diverses variables d'estudi classificades.

Taula 6. Variables independents

Variables independents	
Dades sociodemogràfiques	Edat Gènere Nivell d'estudis Feina Convivència Estat civil Residència

Taula 7. Variables dependents

Variables dependents	
Xarxes socials	Temps en les xarxes socials Xarxa social més freqüent Contingut més visualitzat
Percepció de la imatge corporal	Ús de filtres Retocar les pròpies imatges Comparar el cos Importància de la imatge corporal Seguir recomanacions vistes en les xarxes socials Inseguretat en la imatge corporal
Conductes alimentàries de risc	Preocupació d'engreixar Menjar en excés Pèrdua del control amb el menjar Vomitar Fer dejú Fer dieta Fer exercici Prendre pastilles Prendre diürètics Prendre laxants

4.4 Instrument

L'instrument utilitzat en l'estudi és un qüestionari en línia mitjançant la plataforma *Google Forms*, autoadministrat, anònim i voluntari (Annex 9). En l'encapçalament del qüestionari s'ha realitzat un breu resum del motiu de la investigació. Previ a l'inici de les preguntes, s'ha creat una pregunta d'acceptació del full d'informació al participant (Annex 10) i una altra d'acceptació del consentiment informat (Annex 11), ambdues de resposta obligatòria. En cas de no acceptar qualsevol d'aquests dos ítems, es finalitza el formulari. Un cop acceptats, s'inicia el qüestionari amb 28 ítems, els quals es divideixen en quatre blocs: dades sociodemogràfiques (7 ítems), xarxes socials (3 ítems), percepció de la imatge corporal (8 ítems) i conductes alimentàries (10 ítems). Els tres primers han estat d'elaboració pròpia (qüestionari *ad hoc*⁸) en base als objectius marcats, i l'últim inclou el qüestionari CAR validat (42) (Annex 6). La seva consistència està avaluada mitjançant el mètode estadístic coeficient alfa de Cronbach amb un valor de 0,81. La validació al finalitzar tots els blocs, apareix una última pregunta de suggeriments, de resposta oberta.

Del total de preguntes, 25 d'aquestes estan senyalades amb un asterisc, el qual significa que són de resposta obligatòria, per tant, no es podrà passar a la següent secció ni enviar el formulari si no estan contestades. La gran majoria de les preguntes són d'una única opció de resposta, només n'hi ha dues que són de selecció múltiple. Les preguntes són majoritàriament tancades i amb diverses opcions de resposta per tal de preveure l'abandonament del qüestionari i fer-lo més fàcil de respondre. El llenguatge utilitzat és formal, però comprensible a la població a qui va dirigit. El temps dedicat és aproximadament d'uns 5 minuts, sense incloure el temps de lectura del full d'informació al participant i del consentiment informat.

El qüestionari CAR és un qüestionari autoaplicat, format per 10 ítems amb quatre opcions de resposta de tipus escala *Likert* (mai o gairebé mai; a vegades; amb freqüència: dues vegades a la setmana; amb molta freqüència: més de dues vegades a la setmana), i el qual avalua si hi ha risc de patir un TCA en funció de les conductes alimentàries de risc més característiques d'aquests trastorns (43). Inicialment es va dur a terme una cerca bibliogràfica sobre els diversos instruments utilitzats en l'avaluació de l'autopercepció corporal i en el risc de TCA. Per una banda, per tal d'avaluar l'autopercepció corporal, l'escala d'avaluació de la imatge corporal de Gardner (33) es

⁸ Qüestionari dissenyat a mesura segons les necessitats de la investigació.

va descartar degut a que és un qüestionari heteroadministrat, és a dir que es necessita la participació de l'individu i d'un professional sanitari amb experiència, descartant la possibilitat de la seva realització *online*. Així mateix també es va descartar el BSQ (44), el qual avalua la insatisfacció corporal, degut a la seva llargada i el temps de dedicació. Per altra banda, per conèixer el risc de patir TCA es va descartar el qüestionari SCOFF (45) ja que, tot i ser molt breu i de fàcil resposta, les preguntes són molt directes i algunes podrien ser desagradables de contestar.

4.5 Recollida de dades

L'objectiu principal plantejat en el moment de difondre el qüestionari era poder arribar al màxim de població possible. És per aquest motiu que es decideix crear-lo i difondre'l via *online* mitjançant el formulari de Google (*Google Forms*).

Prèviament a la difusió del qüestionari, el dia 14 de febrer del 2022 es va dur a terme una petita prova pilot amb 5 individus de l'entorn proper, per tal d'avaluar la complexitat de les preguntes, la bona comprensió, el temps aproximat de dedicació i l'acceptació de suggeriments. Gràcies a aquesta prova pilot s'han fet petites modificacions de comprensió a algunes de les preguntes.

L'inici de la difusió del qüestionari es va fer el dia 26 de febrer del 2022 deixant un marge de 20 dies per a obtenir les màximes respostes. Durant aquest període de temps, es va fer la difusió principalment a través de les xarxes socials *WhatsApp* i *Instagram*.

Passada una setmana es van observar només 68 respostes i el dia 6 de març del 2022 es va decidir ampliar marges i difondre el qüestionari a través del correu electrònic acadèmic als estudiants de la Facultat d'Infermeria, de la Facultat de Lletres i de la Facultat de Ciències Jurídiques de la Universitat Rovira i Virgili (URV).

El dia 18 de març de 2022 hi havia un total de 300 respostes, per la qual cosa es va decidir incrementar la difusió a través del correu electrònic. El dia 19 de març de 2022 es va tornar a enviar a través del correu electrònic a tres facultats més de la URV: Facultat de Química, Facultat d'Economia i Empresa i Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia. Aquesta última ens va rebutjar el qüestionari, de manera que només es va enviar a les altres dues facultats.

El dia 22 de març de 2022 es van obtenir un total de 443 respostes i per tant, es va tancar el qüestionari.

Anàlisi de dades

Les dades obtingudes en el qüestionari s'han filtrat mitjançant el programari Excel i s'han analitzat mitjançant el programa informàtic *Jamovi*. S'ha fet ús de l'anàlisi de freqüències, percentatges i el *chi-quadrat*.

4.6 Aspectes ètics

El present estudi queda subjecte als aspectes ètics descrits en la Declaració d'Hèlsinki. D'acord amb la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels drets digitals.

L'anonimat, voluntarietat, confidencialitat i protecció de dades són aspectes que s'han garantit en la investigació i dels quals s'informa en l'encapçalament del qüestionari mitjançant l'accés al full d'informació al participant (Annex 10) i al full de consentiment informat (Annex 11). L'estudi no implica danys ni riscos per als participants, seguint el principi bioètic bàsic de no maleficència.

Fent referència a la recollida de dades, només es pregunta per aquelles dades estrictament necessàries per a la investigació i aquestes es tracten de manera confidencial i exclusivament per a la fi de la investigació.

5. LIMITACIONS

En aquest estudi es poden constatar diverses limitacions a tenir en consideració. La primera té relació amb l'elecció de l'instrument no validat en la primera part del qüestionari *ad hoc*, assumint les limitacions metodològiques que suposa, una de les quals és que no es va considerar el *WhatsApp* com una xarxa social. Derivat d'aquesta limitació, hi ha el gran nombre de variables que s'han seleccionat. Aquesta gran diversitat confereix un grau de maneig complex i un esforç en evitar la dispersió del contingut i els resultats.

Fent referència al qüestionari com a instrument, s'han trobat diverses limitacions, com ho són: la falta de sinceritat, diferències en la interpretació de les preguntes i problemes d'accessibilitat ja que en aquest cas era necessari tenir una compta de *Google* per a poder contestar.

6. RESULTATS

Perfil sociodemogràfic de la població

En l'Annex 12 es mostren els percentatges de resposta per a cadascuna de les variables sociodemogràfiques estudiades. La mostra total d'individus que han contestat el qüestionari i que complien els criteris d'inclusió són de 388. D'aquest total de població destaca la població femenina amb un percentatge del 76% i el rang d'edat de 18 a 20 anys amb un 45,7%. En quant al nivell d'estudis, més de la meitat dels individus tenen o estan cursant un grau universitari, amb un percentatge de 54,5%; i un 42,9% treballen.

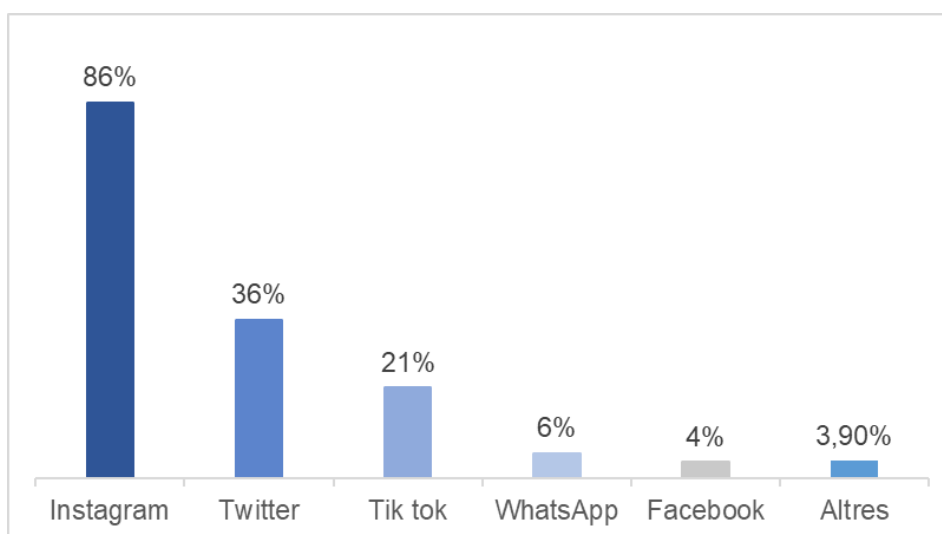
Fent referència a l'estat civil i amb qui conviuen, la majoria són solters (65,4%) i viuen amb els pares (68,7%). El lloc de residència més comú és la província de Tarragona amb un 85,8%.

Xarxes socials

El temps d'ús de les xarxes socials entre la població d'estudi és majoritàriament de 2 a 4h al dia (45,2%), seguit de 1 a 2h al dia (30%). Tot i així, es considera que hi ha hagut un percentatge prou elevat d'individus que fan ús de les xarxes socials més de 4h al dia (18,3%), mentre que únicament un 5,9% fan ús d'aquestes menys d'1h al dia i un 0,5% no en fan ús.

El contingut més visualitzat en les xarxes socials és d'*influencers* i famosos (48,8%), estil de vida (42,6%), alimentació (42,6%) i exercici (37%) (Annex 13).

Gràfic 1. Freqüència d'ús de les xarxes socials



Percepció de la imatge corporal

En l'avaluació de la imatge corporal es va llençar la pregunta de si es feia ús de filtres en les imatges. La resposta més freqüent entre la població diana és "alguna vegada" amb més de la meitat de respostes (54,5%). Només un 0,5% fan ús de filtres sempre i un 6,5% en fan ús molt sovint. Del total de respostes obtingudes en aquesta pregunta, un 41,9% afirma que les imatges li agraden menys sense l'ús de filtres. Tanmateix, un 39% refereix retocar alguna vegada imatges, no únicament amb l'ús de filtres, i un 7,2% sempre retoca les imatges.

Un 34,6% afirma haver fet alguna vegada una comparació de la seva imatge corporal amb les de les xarxes socials, mentre que un 12,9% refereix que sempre compara el seu cos amb els de les xarxes socials. Dur a terme alguna acció després de navegar per les xarxes socials per tal de millorar la imatge corporal no s'ha realitzat mai en un 22% de la població, mentre que en un 6,5% sempre es realitza quelcom. Un 37,7% refereix que ho fa alguna vegada, i un 20,7% ho fa bastantes vegades. De tots els individus que han referit dur a terme alguna acció per a millorar la imatge corporal, un 45,5% segueixen recomanacions vistes en les pròpies xarxes socials.

La comparació de la imatge corporal amb les de les xarxes socials es relaciona amb la inseguretat en la imatge corporal. S'ha preguntat si després de visualitzar contingut, es presenta més inseguretat, un 2,3% refereix que sempre presenten aquesta inseguretat, un 7,2% molt sovint i un 40,6% alguna vegada; deixant només un 37,5% de la població que mai presenta inseguretat.

Risc de TCA

Les últimes deu preguntes de l'enquesta són les que conformen el qüestionari CAR amb el qual s'obté una avaluació de la presència de risc de TCA. Mitjançant el programa Excel, s'ha establert el valor corresponent a cada resposta (mai o gairebé mai = 0; alguna vegada = 1; amb freqüència: dues vegades a la setmana = 2; amb molta freqüència: més de dues vegades a la setmana = 3). Posteriorment s'ha realitzat el sumatori de les deu preguntes en cada individu, obtenint com a resultat si hi ha absència de risc (de 0 a 6 punts), risc moderat (de 7 a 10 punts) o risc alt (≥ 11 punts). Els resultats obtinguts han sigut que un nombre total de 65 individus (16,8%) presenten risc alt de patir TCA, un 24,3% presenten un risc moderat, mentre que un 58,9% no presenten risc.

S'ha realitzat una comprovació de la consistència del qüestionari obtenint un valor de l'alfa de Cronbach i s'ha obtingut un valor de 0,81 similar a altres estudis (42,46).

A l'aplicar el test del Chi quadrat es va trobar una associació estadísticament significativa entre el gènere i el risc de TCA ($p=0,046$).

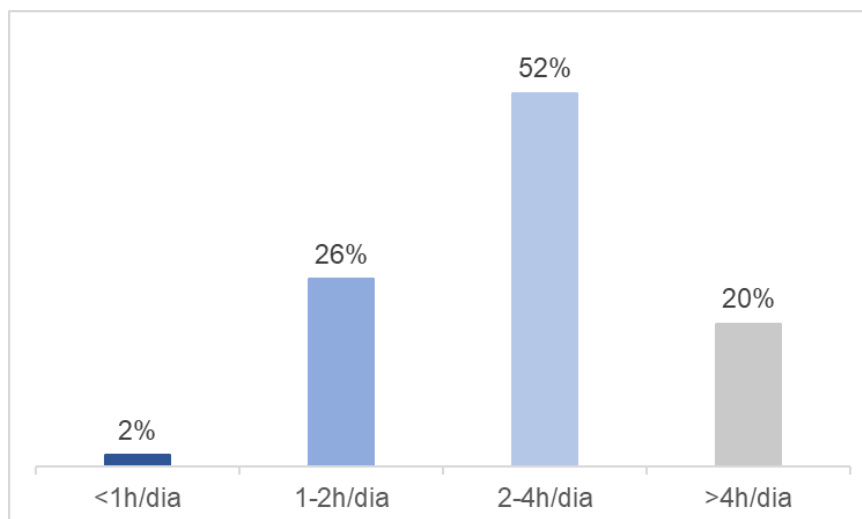
Taula 8. Percentatges de risc de TCA segons el gènere

Risc TCA	Gènere		
	Femení	Masculí	Altres
Absència	42,12%	16,28%	0,51%
Moderat	18,60%	5,43%	0,26%
Alt	13,70%	2,33%	0,78%

Respecte a la resta de variables demogràfiques, no s'ha trobat una associació estadísticament significativa amb el risc de patir TCA.

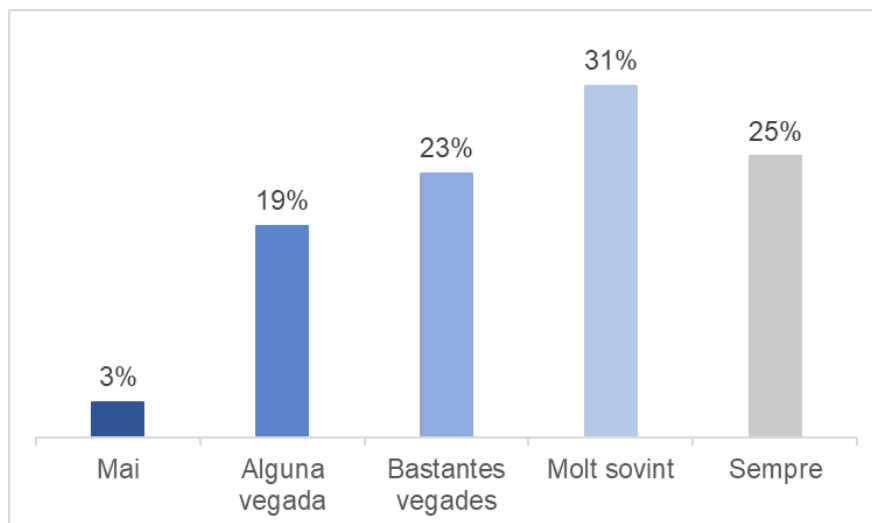
Fent referència al grup de població que presenta un alt risc de TCA (16,8%), s'han obtingut els percentatges per a cadascuna de les variables estudiades que s'han considerat més rellevants (Annex 14). Com a dades a ressaltar, per una banda s'ha observat que en aquest grup de població, el temps d'ús de les xarxes socials és elevat (Gràfic 2).

Gràfic 2. Temps d'ús de les xarxes socials en població d'alt risc de TCA



Per altra banda s'ha vist que la freqüència en la necessitat de dur a terme alguna acció per a canviar la imatge corporal després de navegar per les xarxes socials en la població amb un risc elevat de TCA està més incrementada que en la resta de població (Gràfic 3).

Gràfic 3. Necessitat de canviar la imatge corporal després de navegar per les xarxes socials en població d'alt risc de TCA



7. DISCUSSIÓ

En aquest estudi es recullen dades sociodemogràfiques, sobre les xarxes socials, de percepció de la imatge corporal i del risc de TCA en joves de 18 a 29 anys de Catalunya. Els resultats reflecteixen que hi ha un risc elevat de TCA del 16,8% en la població estudiada. Aquest percentatge és clarament superior al que mostren investigacions en anys previs a la pandèmia del Covid-19 de 8,8% i 9,5% (47,48). En canvi, en estudis realitzats post pandèmia del Covid-19, es mostra un risc de TCA més elevat, d'un 21% en noies i un 15% en nois universitaris espanyols (49). Samatán-Ruiz, EM, *et al.*, (2021) suggereixen que hi ha hagut un augment dels símptomes d'empitjorament durant el període de pandèmia per Covid-19 en front als anys anteriors (50).

L'associació del risc de TCA amb el gènere és estadísticament significativa, amb un 13,70% en dones i un 2,33% en homes, amb lo qual es pot afirmar que el sexe femení és el tipus de població més vulnerable en aquests trastorns. Aquesta diferència en el gènere també s'ha pogut observar en la majoria dels estudis consultats (47,48,50,51).

L'evidència científica mostra que l'edat és un factor de risc rellevant en el desenvolupament d'un TCA, sent els adolescents el col·lectiu més vulnerable i on existeix major incidència (52). En aquest cas, s'ha realitzat l'estudi en població adulta emergent i no s'ha trobat relació entre l'edat i el risc de desenvolupar un TCA. Tot i així, el col·lectiu en el que s'ha observat que hi ha més alt risc ha sigut el de 18 a 21 anys

(47,7%). En quant a la resta de rangs d'edat, s'ha pogut veure una clara tendència a la disminució del risc a mesura que aquest augmentava.

En quant a l'ús de les xarxes socials de la població estudiada, lideren el rànquing Instagram (86%), Twitter (36,2%) i Tik tok (20,7%). Segons la última enquesta de l'Associació per a la Investigació de Mitjans de Comunicació (AIMC) a usuaris d'Internet del 2021, les xarxes socials més utilitzades són Facebook (70,2%), Instagram (64,6%) i Twitter (49,9%). Tot i que Facebook manté la seva hegemonia, aquesta ha patit un progressiu descens en els últims anys, mentre que Instagram manté la seva tendència a l'alça (53). Si ens centrem específicament en Instagram, segons un estudi de Torres-Romay, E, *et al.*, (2020) el seu públic es troba majoritàriament entre els 16 i els 31 anys (40%) i entre els 32 i els 45 anys (38%), sent la mitjana de 35,5 anys (54), edat entre la qual també s'hi troba la població d'estudi.

Fent referència a la relació entre el temps d'ús de les xarxes socials i un alt risc de TCA, dins d'aquest grup un 20% fan ús de les xarxes socials més de 4 hores al dia, un 52,3% entre 2 i 4 hores al dia, un 26,2% entre 1 i 2 hores al dia i únicament un 1,5% menys d'1 hora al dia. Tanmateix, en un estudi on s'analitzava el temps utilitzat en les xarxes socials i relacionat amb el desenvolupament de conductes de risc per a TCA, suggerien que únicament fent ús de les xarxes socials durant 20 minuts, ja contribuïa a mantenir les preocupacions sobre la imatge corporal i provocar un estat d'ansietat, així com també a l'estandardització d'un ideal de bellesa basat en la primesa (55).

No s'ha pogut demostrar relació entre el tipus d'informació que es busca en les xarxes socials i el possible risc de desenvolupar un TCA. Tot i així, tot apunta a que hi ha una relació ja que dins del grup d'individus amb risc elevat de TCA, el 53,8% segueix contingut sobre alimentació, el 40% consumeix moda i el 38,5% contingut d'exercici. Algunes investigacions vinculen el món de la moda amb els TCA en dones, ja que aquesta transmet ideals de bellesa orientats a la primesa (56,57). L'increment d'ús de les xarxes socials degut a la pandèmia per Covid-19 i l'augment de l'ús d'aquestes per a entrenaments i fer exercici físic (58) podria potenciar aquestes pressions sobre la imatge corporal i incrementar la insatisfacció corporal, augmentant el risc de TCA (52).

Per a continuar profunditzant, no s'ha pogut demostrar de manera estadísticament significativa la relació entre el risc de TCA i la inseguretat, però sí que es pot afirmar que dins del grup de població amb risc elevat de TCA, un 36,9% refereixen comparar sempre el seu cos amb els que apareixen en les xarxes socials, un 32,3% ho fa molt sovint, un 24,6% es compara bastantes vegades i únicament un 6,2% ho fa alguna vegada,

havent-hi una absència de percentatge d'individus que no es comparen mai. Aquesta inseguretat a nivell corporal pot tenir relació amb la influència de les xarxes socials en la pròpia imatge corporal, on l'autoestima hi juga un paper important.

Per una banda, la comparació pot deure's a la tendència de voler comparar-se per tal de ser acceptats i pertànyer a un grup (59) o bé a la necessitat d'aprovació de les persones del seu entorn sobre com es veuen físicament (60). Per altra banda, seguint en el grup de població de d'alt risc de TCA, s'afirma que un 63,3% segueixen a *influencers*. Aquests personatges públics utilitzen tècniques de comunicació orientades a guanyar-se la confiança i l'amistat dels seus seguidors. D'aquesta manera generen una relació de dependència entre els seguidors, la qual podria fomentar aquesta fixació i comparació, així com imitar ideals i conductes de risc per a la salut (61). Degut a que un 81,5% de la població d'alt risc de TCA és del sexe femení, podem afirmar que les noies comparen més de forma desfavorable el seu cos amb el de personatges públics buscant la semblança (52).

8. LÍNIES FUTURES

En base aquest estudi, es podrien suggerir altres línies d'investigació. Seria interessant analitzar fins a quin nivell influeixen les xarxes socials en el desenvolupament de TCA en comparació amb altres factors de risc. També, un àmbit important en el que seguir indagant és l'àmbit de l'AP, ja que és on s'hauria de dur a terme una prevenció primària més exhaustiva i focalitzada per als TCA, per exemple amb l'ús de qüestionaris validats per avaluar el risc de TCA. Per a finalitzar, seria convenient realitzar i comparar aquest estudi amb un altre amb una mostra major, com per exemple a nivell d'Espanya o d'una altra Comunitat Autònoma, i així poder comprovar les diferències entre aquests.

9. CONCLUSIONS

Les xarxes socials juguen un paper molt important en la vida social de la població adulta emergent, sent *Instagram* la plataforma més utilitzada i els *influencers* el contingut més visualitzat. En el present estudi, podem afirmar que existeixen diferents factors que podrien incrementar el risc de desenvolupar un TCA, com són el gènere i el total d'hores d'ús de les xarxes socials.

La pandèmia del Covid-19 també es pot considerar un factor de risc en el desenvolupament d'un TCA, com mostren diferents estudis realitzats post pandèmia, en comparació amb les dades prèvies a la pandèmia, amb la suggestió d'un empitjorament de la simptomatologia durant el període de confinament.

La prevenció primària del risc de patir un TCA és molt important i aquesta no només s'hauria de focalitzar en els factors que contribueixen al desenvolupament del trastorn. La realització d'un protocol en AP en el qual s'inclogués un qüestionari d'avaluació del risc, podria ajudar en la detecció precoç de casos en edats temperanes.

És necessari incrementar l'evidència científica amb diferents estudis en els quals es puguin observar les diferències entre el nivell d'estudis i el risc de TCA, per tal d'estudiar si tenir un grau universitari actua com a factor protector en aquests trastorns.

BIBLIOGRAFIA

1. Vaquero Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López Miñarro PÁ. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr Hosp.* [Internet]. 2013 [consultat 16 abr 2022]; 28(1): 27–35. Disponible a: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226055004.pdf>
2. Espina A, Ortego MA, Ochoa de Alda Í, Yenes F, Alemán A. La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema* [Internet]. 2001 [consultat 16 abr 2022];13(4):532–538. Disponible a: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713401.pdf>
3. Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. [consultat 30 des 2021]. Disponible a: <https://www.acab.org/es/>
4. Cortés Hevia Aza L. Tipo de perfeccionismo, dieta y conductas de riesgo hacia la alimentación [TFM]. Madrid: Facultad de Ciencias Sociales; 2016.
5. Vargas Baldares MJ. Trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. Méd. Costa Rica Centroam.* [Internet]. 2013 [consultat 22 des 2021]; 475–82. Disponible a: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
6. García Guardiola I. Trastornos de la conducta alimentaria y redes sociales. Una perspectiva del siglo XXI [TFG]. Madrid: Universidad Pontificia; 2020.
7. Raggatt M, Wright CJC, Carrotte E, Jenkinson R, Mulgrew K, Prichard I, SC Lim, M. “I aspire to look and feel healthy like the posts convey”: engagement with fitness inspiration on social media and perceptions of its influence on health and wellbeing. *BMC Public Health.* [Internet]. 2018 [consultat 23 gen 2022];18(1):1–11. Disponible a: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5930-7>
8. García Rodríguez S. La influencia de las nuevas tecnologías en los trastornos de la alimentación [TFG]. Almería: Universidad de Almería; 2018.
9. Ojeda Martín Á, López Morales M del P, Jáuregui Lobera I, Herrero Martín G. Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes. *JONNPR.* [Internet]. 2021 [consultat 23 feb 2022]; 6(10):1289–307. Disponible a: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/4322/5054>

10. Guan SSA, Subrahmanyam K. Youth Internet use: risks and opportunities. *Curr Opin Psychiatry*. [Internet]. 2009 [consultat 26 gen 2022];22(4):351–6. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19387347/>
11. Estudio de Redes Sociales 2021. [Internet]. Interactive Advertising Bureau. 2021 [consultat 23 gen 2022]. Disponible a: <https://iabspain.es/estudio/estudio-de-redes-sociales-2021/>
12. Romo del Olmo M. Influencia de las redes sociales en la satisfacción de la imagen corporal de las adolescentes [TFG]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2020.
13. Rodgers RF, Melioli T. The Relationship Between Body Image Concerns, Eating Disorders and Internet Use, Part I: A Review of Empirical Support. *Adolescent Res Rev*. [Internet]. 2015 [consultat 1 feb 2022];1(2):95–119. Disponible a: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40894-015-0016-6>
14. Purkiewicz A, Malwina Kamelska Sadowska A, Ciborska J, Mikulska J, Pietrzak-Fie R, Himmerich H. Risk Factors for Eating Disorders and Perception of Body in Young Adults Associated with Sex. *Nutrients*. [Internet]. 2021 [consultat 1 feb 2022]; 13(8), 2819. Disponible a: <https://doi.org/10.3390/nu13082819>
15. Torres Sornosa A. Ideal de belleza femenino en instagram: una reflexión personal desde la ilustración [TFG]. Sant Carles: Universitat Politècnica de València, 2018.
16. Lucciarini F, Losada AV, Moscardi R. Anorexia y uso de redes sociales en adolescentes. *Av. en Psicol*. [Internet]. 2021 [consultat 1 feb 2022]; 29(1):33–45. Disponible a: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/2348/2415>
17. Pastor Sanmillán MD, Navalón Cebrián R. Manual de codificación CIE-10-ES diagnósticos. [Internet]. 2022 [consultat 13 abr 2022]. Disponible a: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf
18. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

19. Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*. [Internet]. 1993 [consultat 12 abr 2022]; 341: 1631-1640. Disponible a: <https://www.researchgate.net/publication/15099252>
20. Vargas Baldares MJ. Trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente: factores relacionados con su detección y manejo integral [TFG]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2018.
21. Baladia E. Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Rev Esp Nutr Hum Diet*. [Internet]. 2016 [consultat 12 abr 2022]; 20(3):161–163. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452016000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. La temptació d'aprimar-se. La prevenció dels factors de risc dels Trastorns de la Conducta Alimentària a l'àrea d'influència de l'Institut de Llançà.
23. Gismero González ME. Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*. [Internet]. 2020 [consultat 12 abr 2022]; 31 (115): 33–47. Disponible a: <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>
24. González L, Hidalgo M, Hurtado M, Nova C, Venegas M. Relación entre Factores Individuales y Familiares de Riesgo para Desórdenes Alimenticios en Alumnos de Enseñanda Media. *Revista de Psicología*. [Internet]. 2002 [consultat 12 abr 2022]; XI(1): 91–116. Disponible a: <https://www.redalyc.org/pdf/264/26411107.pdf>
25. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*. [Internet]. 1999 [consultat 12 abr 2022]; 318. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10082698/>
26. Cala Romero I. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria: evolución histórica y situación actual [TFG]. Jerez: Universidad de Cádiz; 2014.
27. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla Diaz JM. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Rev Mex de trastor. Aliment*. [Internet]. 2015 [consultat 12 abr 2022]; 6(2):108–20. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>

28. Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01
29. Peláez Fernández MA, Ruiz Lázaro PM, Labrador FJ, Raich RM. Validación del Eating Attitudes Test como instrumento de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en población general. *Med Clin*. [Internet]. 2014 [consultat 13 abr 2022]; 20;142(4):153–5. Disponible a: <https://medes.com/publication/87679>
30. Garcia Campayo J, Sanz Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res*. [Internet]. 2005 [consultat 13 abr 2022];59(2):51–5. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16185998/>
31. Baile Ayensa JI, Guillén Grima F, Garrido Landívar E. Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. [Internet]. 2002 [consultat 13 abr 2022]; 2:439–50. Disponible a: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720304>
32. Escursell R, Mora RM, Soler M, Clos A, Zapater I. Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Revista de Psicología*. [Internet]. 1996 [consultat 13 abr 2022]; 7:51–66. Disponible a: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/f2217062e9a397a1dca429e7d70bc6ca>
33. Gardner RM, Stark K, Jackson NA, Friedman BN. Development and validation of two new scales for assessment of body-image. *Percept Mot Skills*. [Internet]. 1999 [consultat 8 mar 2022]; 89 (3 Pt 1): 981–93. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10665035/>
34. Rodríguez Campayo MA, Beato Fernández L, Rodríguez Cano T, Martínez Sánchez F. Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*. [Internet]. 2003 [consultat 8 mar 2022]; 31(2): 59-64. Disponible a: <https://www.researchgate.net/publication/305931390>

35. Unikel Santoncini C, Díaz de León Vázquez C, Rivera Márquez JA. Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición. 1ª Ed. México: Casa abierta al tiempo; 2017.
36. Salmón de Pablo C. Prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: papel de enfermería [TFG]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2021.
37. Palomino Quispe AB, Solis Garcia ASY. Autopercepción de la imagen corporal y hábitos alimentarios en adolescentes de la institución educativa emblemática Luis Fabio Xammar [tesis]. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2018.
38. Pinto Ermitaño CP. Hábitos alimenticios de riesgo en adolescentes de 11 a 17 años de la I.E. Villa Los Reyes Ventanilla Región Callao 2018 [TFG]. Perú: Universidad César Vallejo; 2018
39. Arias Soracipa KV, Andrea Maldonado A. Universidad saludable: instrumentos para el diagnóstico de los hábitos de alimentación y de actividad física en estudiantes de la universidad ECCI [TFG]. Bogotá: Universidad ECCI; 2019.
40. Monrroy Angeles B, Huaman Starke MI, Castañeda Matamoros GG. Conductas alimentarias y percepción de la imagen corporal en las adolescentes de 5º de secundaria de la I.E.E. Teresa Gonzales de Fanning, Lima, 2017 [tesis]. Perú: Universidad Nacional del Callao; 2020.
41. Quispe Hermoza M. Factores de riesgo de la anorexia nerviosa en adolescentes de una institución educativa pública en San Juan de Miraflores [tesis]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2019.
42. Unikel Santoncini C, Bojórquez Chapela I, Carreño García S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Publica Mex [Internet]. 2004 [consultat 8 mar 2022];46. Disponible a: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2004/sal046d.pdf>
43. Guía de Práctica Clínica. Prevención y diagnóstico oportuno de los Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención [Internet]. [consultat 8 mar 2022]. Disponible a: https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/ssa_113_08_grr.pdf

44. Rosa Behar A, Carolina Vargas F, Cabrera Enrique V. Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Rev chil neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2011 [consultat 8 mar 2022];49(1):26–36. Disponible a: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
45. Rueda Jaimes GE, Díaz Martínez LA, Ortiz Barajas DP, Pinzón Plata C, Rodríguez Martínez J, Cadena Afanador LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Atención Primaria* [Internet]. 2005 [consultat 8 mar 2022]; 35(2):89–94. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validacion-del-cuestionario-scoff-el-13071915>
46. Unikel Santoncini C, Nuño Gutiérrez B, Celis De La Rosa A, de Jesús Saucedo Molina T, Trujillo Chi Vacuán EM, García Castro F, et al. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica.* [Internet]. 2010 [consultat 8 mar 2022]; 62(5): 424-432. Disponible a: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn105g.pdf>
47. González Juárez C, Pérez Pérez E, Martín Cabrera B, Mitja Pau I, Roy de Pablo R, Vázquez de la Torre Escalera P. Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación. *Aten Primaria.* [Internet]. 2007 [consultat 15 mai 2022]; 39(4):189–94. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7664523/>
48. Calvo Medel D. Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España: estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada [tesis]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2012.
49. Ayechu Arrarás S. Las redes sociales como factor relevante en la aparición de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes [TFG]. Navarra: Universidad de Navarra; 2021.
50. Samatán Ruiz EM, Ruiz Lázaro PM. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* [Internet]. 2021 [consultat 15 mai 2022];38(1):40–52. Disponible a: <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n1a6>

51. Martínez González L. Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes Universitarios. Revisión de la incidencia de anorexia nerviosa [tesis]. León: Universidad de León; 2021.
52. Martínez Gómez BA. Influencia de los medios de comunicación en el desarrollo de TCA en adolescentes [TFM]. Universitat Oberta de Catalunya; 2021.
53. Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación [Internet]. 2022. Encuesta AIMC a Usuarios de Internet; [consultat 15 mai 2022]. Disponible a: <https://www.aimc.es/otros-estudios-trabajos/navegantes-la-red/>
54. Torres-Romay E, García Mirón S. Influencers y coronavirus. Los contenidos sobre la pandemia COVID-19 en las publicaciones de prescriptores de redes sociales en España: el caso de Instagram. Quaderns del CAC [Internet]. 2020 [consultat 15 mai 2022];23:81–91. Disponible a: https://www.cac.cat/sites/default/files/2020-09/Q46_Torres_GaMiron_ES.pdf
55. Walker M, Thornton L, de Choudhury M, Teevan J, Bulik CM, Levinson CA, Zerwas S. Facebook Use and Disordered Eating in College-Aged Women. *J Adolesc Health*. [Internet]. 2015 [consultat 16 mai 2022];57(2):157. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26206436/>
56. Torres Mendoza BM, Mercado Barajas PK, Sánchez Rivera P, Hernández González E, Escoto Delgadillo M, Vázquez Valls E. Risk of eating attitudes and anthropometric profile among professional fashion models of Mexico. *Rev chil nutr*. [Internet]. 2015 [consultat 15 mai 2022]; 42(4):369–73. Disponible a: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
57. Preti A, Usai A, Miotto P, Petretto DR, Masala C. Eating disorders among professional fashion models. *Psychiatry Res*. [Internet]. 2008 [consultat 15 mai 2022];159(1–2):86–94. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18355925/>
58. Piedra J. Redes sociales en tiempos del COVID-19: el caso de la actividad física. *Sociología del Deporte* [Internet]. 2020 [consultat 15 mai 2022]; (1):41–3. Disponible a: <http://doi.org/10.46661/socioldeporte.4998>
59. Delgado Gallego I, Oliva Delgado A, Sánchez Queija I. Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. *Anales de psicología* [Internet].

- 2011 [consultat 16 mai 2022]; 27(1):155–63. Disponible a: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113581/107571>
60. Daniela Calero A, Pablo Barreyro J, Formoso J. Inteligencia emocional y necesidad de pertenencia al grupo de pares durante la adolescencia. *Subj procesos cogn.* [Internet]. 2018 [consultat 16 mai 2022]; 22(2). Disponible a: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339660091017>
61. Pilgrim K, Bohnet Joschko S. Selling health and happiness how influencers communicate on Instagram about dieting and exercise: Mixed methods research. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 [consultat 16 mai 2022]; 19(1):1–9. Disponible a: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7387-8>
62. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [consultat 20 abr 2022]. Disponible a: <https://www.ine.es/index.htm>

ANNEXES

Annex 1. Qüestionari *Eating Attitudes Test* (EAT-40)

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como						
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado						
5. Procuero no comer aunque tenga hambre						
6. Me preocupo mucho por la comida						
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
8. Corto mis alimentos en trozo pequeños						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej. pan, arroz, patatas, etc.)						
11. Me siento lleno/a después de las comidas						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
13. Vomito después de haber comido						
14. Me siento muy culpable después de comer						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17. Me peso varias veces al día						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19. Disfruto comiendo carne						
20. Me levanto pronto por las mañanas						
21. Cada día como los mismos alimentos						

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23. Tengo la menstruación regular						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26. Tardo en comer más que las otras personas						
27. Disfruto comiendo en restaurantes						
28. Tomo laxantes (purgantes)						
29. Procuo no comer alimentos con azúcar						
30. Como alimentos de régimen						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida						
32. Me controlo en las comidas						
33. Noto que los demás me presionan para que coma						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
35. Tengo estreñimiento						
36. Me siento incomómodo/a después de comer dulces						
37. Me comprometo a hacer régimen						
38. Me gusta sentir el estómago vacío						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Annex 2. Versió abreujada del *Eating Attitudes Test* (EAT-26)

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1	Me da mucho miedo pesar demasiado					
2	Procura no comer aunque no tenga hambre					
3	Me preocupo mucho por la comida					
4	A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer					
5	Corto mis alimentos en trozos pequeños					
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como					
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)					
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más					
9	Vomito después de haber comido					
10	Me siento muy culpable después de comer					
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a					
12	Hago mucho ejercicio para quemar calorías					
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a					
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo					
15	Tardo en comer más que las otras personas					
16	Procuró no comer alimentos con azúcar					
17	Como alimentos de régimen					
18	Siento que los alimentos controlan mi vida					
19	Me controlo en las comidas					
20	Noto que los demás me presionan para que coma					
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida					
22	Me siento incómodo/a después de comer dulces					
23	Me comprometo a hacer régimen					
24	Me gusta sentir el estómago vacío					
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas					
26	Tengo ganas de vomitar después de las comidas					

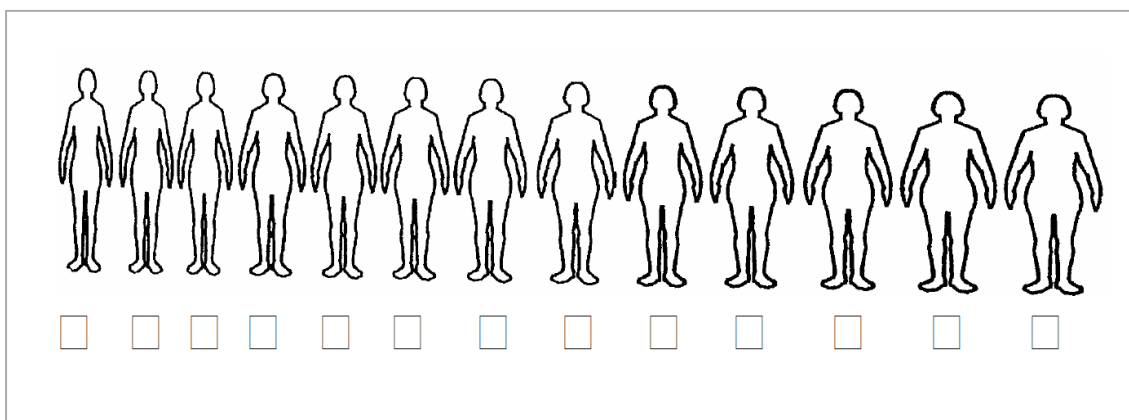
Annex 3. Qüestionari SCOFF

Pregunta	Sí	No
1. ¿Te provocas el vómito porque te sientes incómodamente llena/o?		
2. ¿Te preocupas por haber perdido el control sobre la comida?		
3. ¿Has perdido recientemente más de 6 kg en 3 meses?		
4. ¿Te consideras "gorda/o" y los demás te dicen que estás delgada/o?		
5. ¿Crees que la comida domina tu vida?		

Annex 4. Adaptació a població espanyola del *Body Shape Questionnaire* (BSQ)

1. Cuando te aburres ¿te preocupas por tu figura?
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?
4. ¿Has tenido miedo a engordar?
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gordo/a?
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?
9. ¿Estar con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?
11. ¿El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda o gordo?
12. Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?
14. Estar desnuda/o (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda/o?
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda/o?
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda/o o redondeada/o?
20. ¿Te has sentido acomplexado/a por tu cuerpo?
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, ¿por la mañana?)
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, ¿sentándote en un sofá o en el autobús)?
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?
29. Verte reflejada/o en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?
30. ¿Te has pellizado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?
32. ¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgada/o?
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?

Annex 5. Escala de valoració de la imatge corporal de Gardner, Stark, Jackson i Friedman



Annex 6. Qüestionari Breu de Conductes Alimentaries de Risc (CAR)

No.	Descripció	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia: dos veces en una semana	Con mucha frecuencia: más de dos veces en una semana
1	Me ha preocupado engordar.				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).				
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso.				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs o más) para tratar de bajar de peso.				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso.				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				

Annex 7. Població de Catalunya de 18 a 29 anys

Catalunya (2021)			
18 a 29 anys	Ambdós sexes (individus)	Homes (individus)	Dones (individus)
Població total estrangers	249.957	130.543	119.414
Població total espanyola	747.594	383.443	364.151
Total (espanyols + estrangers)	997.551	513.986	483.565

Font: Institut Nacional d'Estadística (62)

Annex 8. Càlcul de la mostra

Fórmula pel càlcul de la mida de la mostra en una població finita:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

On:

- n = mida de la mostra
- N = mida de la població (**997.551**)
- Z = paràmetre estadístic que depèn del nivell de confiança (**1,96** per un nivell de confiança del 95%).
- e = error d'estimació màxim acceptat (**5%**)
- p = probabilitat de que passi (èxit)
- q = probabilitat de que no passi (fracàs)

No coneixem p i q, per tant, assumim una màxima heterogeneïtat (p=q=**50**).

Aplicació de la fórmula:

$$n = \frac{997551 \cdot 1,96^2 \cdot 50 \cdot 50}{5^2 \cdot (997551 - 1) + 1,96^2 \cdot 50 \cdot 50} = \frac{9580479804}{(25 \cdot 997550) + 9604} =$$
$$\frac{9580479804}{24938750 + 9604} = \frac{9580479804}{24948354} = \mathbf{384,01} \text{ individus}$$

Annex 9. Qüestionari d'elaboració pròpia

He llegit i accepto el full d'informació al participant sobre l'estudi:*

- Sí
- No

Dono el meu consentiment per al tractament de dades que es recullen en aquest formulari.*

- Sí
- No

Dades sociodemogràfiques

1. Edat:*

 - <18 anys
 - 18 a 20 anys
 - 21 a 23 anys
 - 24 a 26 anys
 - 27 a 29 anys
 - >29 anys

2. Sexe:*

 - Masculí
 - Femení
 - Transgènere
 - Altres: _____

3. Nivell d'estudis (indica el nivell més alt):*

 - Educació primària
 - Educació secundària obligatòria (ESO)
 - Batxillerat
 - Cicle formatiu/mòdul
 - Cicle formatiu grau mig
 - Cicle formatiu grau superior
 - Grau universitari
 - Màster
 - Doctorat

4. Treballes?*

 - Sí
 - No

5. Amb qui vius?*

 - Pares
 - Sol/a
 - Parella
 - Pis compartit

6. Estat civil:*

 - Solter
 - En parella
 - Casat
 - Vidu/a
 - Separat/da

7. Residència:*

 - Província de Tarragona
 - Província de Barcelona
 - Província de Lleida
 - Província de Girona
 - Altres

Xarxes socials

8. Quant de temps dediques a les xarxes socials?*

 - Menys d'1h al dia
 - 1 a 2h al dia
 - 2 a 4h al dia
 - >4h al dia
 - No en faig ús

9. Quina és la teva xarxa social que més freqüentes? Pots marcar més d'una opció.*
- Facebook
 - Tumblr
 - Instagram
 - Twitter
 - Twitch
 - No en faig ús
 - Altres: _____
10. Quin tipus de contingut és el que més consumeixes? Pots marcar més d'una opció.*
- Exercici
 - Alimentació
 - Videojocs
 - Moda
 - Informatiu
 - Estil de vida
 - Motivacionals o d'inspiració
 - Autoajuda
 - Feminisme
 - Influencers i famosos
 - Youtubers
 - Altres
 - No en faig ús

Percepció de la imatge corporal

11. Fas ús de filtres predeterminats en les teves imatges habitualment?*
- Mai
 - Alguna vegada
 - Bastantes vegades
 - Molt sovint
 - Sempre
12. Només en cas d'haver utilitzat alguna vegada filtres predeterminats, si et fas una foto sense filtre, t'agrada menys?
- Sí
 - No
13. Retoques les teves imatges habitualment (brillo, contrast, saturació, color...)?*
- Mai
 - Alguna vegada
 - Bastantes vegades
 - Molt sovint
 - Sempre
14. Creus que compares el teu cos amb els que apareixen en les xarxes socials?*
- Mai
 - Alguna vegada
 - Bastantes vegades
 - Molt sovint
 - Sempre
15. Només en cas d'haver comparat el teu cos, abans de fer ús de les xarxes socials, donaves tanta importància a la teva imatge corporal com ara?
- Sí
 - No
16. Després de navegar per les xarxes socials, sents la necessitat de fer alguna cosa per a millorar la teva imatge corporal?*
- Mai
 - Alguna vegada
 - Bastantes vegades
 - Molt sovint
 - Sempre
17. En cas d'haver fet alguna cosa per a millorar la teva imatge corporal, segueixes alguna recomanació que has vist per aquella xarxa?
- Sí
 - No

18. Després de passar una estona navegant per les xarxes socials, et sents insegur/a o decebut/a amb el teu cos?*
- Mai
 - Alguna vegada
 - Bastantes vegades
 - Molt sovint
 - Sempre

Conductes alimentàries

Marca una opció per a cada ítem, considerant els últims 3 mesos.

19. M'ha preocupat engreixar-me:*
- Mai o gairebé mai
 - A vegades
 - Amb freqüència: dues vegades a la setmana
 - Amb molta freqüència: més de dues vegades a la setmana
20. En ocasions he menjat massa, m'he atipat de menjar:*
- Mai o gairebé mai
 - A vegades
 - Amb freqüència: dues vegades a la setmana
 - Amb molta freqüència: més de dues vegades a la setmana
21. He perdut el control sobre el que menjo (tinc la sensació de no poder parar de menjar):*
- Mai o gairebé mai
 - A vegades
 - Amb freqüència: dues vegades a la setmana
 - Amb molta freqüència: més de dues vegades a la setmana
22. He vomitat després de menjar, per intentar baixar de pes:*
- Mai o gairebé mai
 - A vegades
 - Amb freqüència: dues vegades a la setmana
 - Amb molta freqüència: més de dues vegades a la setmana
23. He fet dejú (deixar de menjar 12 hores o més) per intentar baixar de pes:*
- Mai o gairebé mai
 - A vegades
 - Amb freqüència: dues vegades a la setmana
 - Amb molta freqüència: més de dues vegades a la setmana
24. He fet dietes per intentar baixar de pes:*
- Mai o gairebé mai
 - A vegades
 - Amb freqüència: dues vegades a la setmana
 - Amb molta freqüència: més de dues vegades a la setmana
25. He fet exercici per intentar baixar de pes:*
- Mai o gairebé mai
 - A vegades
 - Amb freqüència: dues vegades a la setmana
 - Amb molta freqüència: més de dues vegades a la setmana
26. He utilitzat pastilles per intentar baixar de pes: *
- Mai o gairebé mai
 - A vegades
 - Amb freqüència: dues vegades a la setmana
 - Amb molta freqüència: més de dues vegades a la setmana
27. M'he pres diürètics (substància per perdre aigua) per intentar baixar de pes:*
- Mai o gairebé mai
 - A vegades
 - Amb freqüència: dues vegades a la setmana
 - Amb molta freqüència: més de dues vegades a la setmana
28. M'he pres laxants (substància per facilitar l'evacuació) per intentar baixar de pes:*
- Mai o gairebé mai
 - A vegades
 - Amb freqüència: dues vegades a la setmana
 - Amb molta freqüència: més de dues vegades a la setmana

Tens algun suggeriment? _____

**Preguntes de resposta obligatòria.*



FULL D'INFORMACIÓ AL PARTICIPANT

Títol de l'estudi: Influència de les xarxes socials en la percepció de la imatge corporal en població adulta emergent.

Investigador principal: Anna Faiges

Centre: Campus Catalunya de la Universitat Rovira i Virgili (URV)

Introducció: Em dirigeixo a vostè per tal d'informar-lo sobre l'estudi d'investigació en el que se'l convida a participar.

L'objectiu és que tingui la informació suficient per tal de decidir si vol o no participar en aquest estudi. És per aquest motiu que ha de llegir aquest full informatiu amb atenció. Si té qualsevol dubte o consulta sobre l'estudi i la seva participació, posi's en contacte enviant un correu electrònic a la següent direcció: anna.faiges@estudiants.urv.cat.

Participació voluntària: La seva participació en l'estudi és voluntària i pot decidir no participar o bé abandonar l'estudi en qualsevol moment.

Descripció de l'estudi: L'ús d'Internet, i especialment de les xarxes socials, presenta molts avantatges en les nostres vides, com ara el ràpid accés a qualsevol classe d'informació o la facilitat de comunicació amb els altres. Ara bé, també té diversos inconvenients i sobretot un impacte fort en la població més jove. Pot provocar el desplaçament d'altres activitats lúdiques, un excés d'informació, l'aïllament social, el sedentarisme, diverses addiccions, entre d'altres.

L'objectiu de l'estudi i motiu pel qual s'ha creat el qüestionari és determinar l'impacte que generen les xarxes socials en l'autopercepció corporal en la població adulta emergent de Catalunya.

Confidencialitat i protecció de dades: Sol·licito la seva col·laboració si ho considera oportú. La seva participació en la investigació serà completament anònima i les seves dades seran tractades confidencialment, seguint la normativa vigent de protecció de dades.

Annex 11. Consentiment informat



FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT

Títol de l'estudi: Influència de les xarxes socials en la percepció de la imatge corporal en població adulta emergent.

Dades de contacte de l'investigador principal:
anna.faiges@estudiants.urv.cat.

Informació bàsica:

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meva participació.
- Comprenc la meva participació és voluntària i dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.
- Accepto la meva participació voluntària en l'estudi i dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat de que les meves dades seran anònimes en tot moment.
- Dono el meu consentiment per a la utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.

Sí No

INFORMACIÓ DE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS	
Responsable	El responsable del tractament de les seves dades personals és la Universitat Rovira i Virgili amb CIF Q9350003A i amb domicili fiscal al carrer de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona.
Finalitat	Participar en l'estudi del Treball Final de Grau en els termes que es descriuen al full d'informació al participant. En el cas que l'estudi prevegi la publicació, difusió i reutilització dels resultats obtinguts incloent dades personals, les dades personals seran utilitzades per a aquesta finalitat sempre que l'interessat hagi atorgat el seu consentiment.
Drets	Pot exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació o oposició al tractament, mitjançant un escrit adreçat al Registre General de la URV a la mateixa adreça del domicili fiscal o mitjançant la seva presentació al Registre General de la Universitat, presencialment o telemàtica, segons s'indica a https://seuelectronica.urv.cat/registre.html .
Informació addicional	Pot consultar informació addicional sobre aquest tractament de dades personals denominat "Treballs de Fi de Grau de la URV" i els seus drets al Registre d'Activitats del Tractament de la URV publicat a https://seuelectronica.urv.cat/rgpd on també s'hi pot consultar la Política de Privacitat de la URV. Així mateix, pot consultar aquesta informació al Full d'informació al participant sobre l'estudi. Addicionalment, pot adreçar als nostres delegats de protecció de dades qualsevol consulta sobre protecció de dades personals a la direcció de correu electrònic del dpd@urv.cat .

Annex 12. Taules de percentatges de resposta de les variables sociodemogràfiques

Edat	Freqüència	Percentatge (%)
18 a 20 anys	177	45,7
21 a 23 anys	139	35,9
24 a 26 anys	49	12,7
27 a 29 anys	22	5,7

Gènere	Freqüència	Percentatge (%)
Femení	288	76
Masculí	93	24
Altres	6	1,6

Nivell d'estudis	Freqüència	Percentatge (%)
Educació secundària obligatòria (ESO)	1	0,3
Batxillerat	129	33,3
Cicle formatiu grau mig	1	0,3
Cicle formatiu grau superior	23	5,9
Grau universitari	211	54,5
Màster	21	5,4
Doctorat	1	0,3

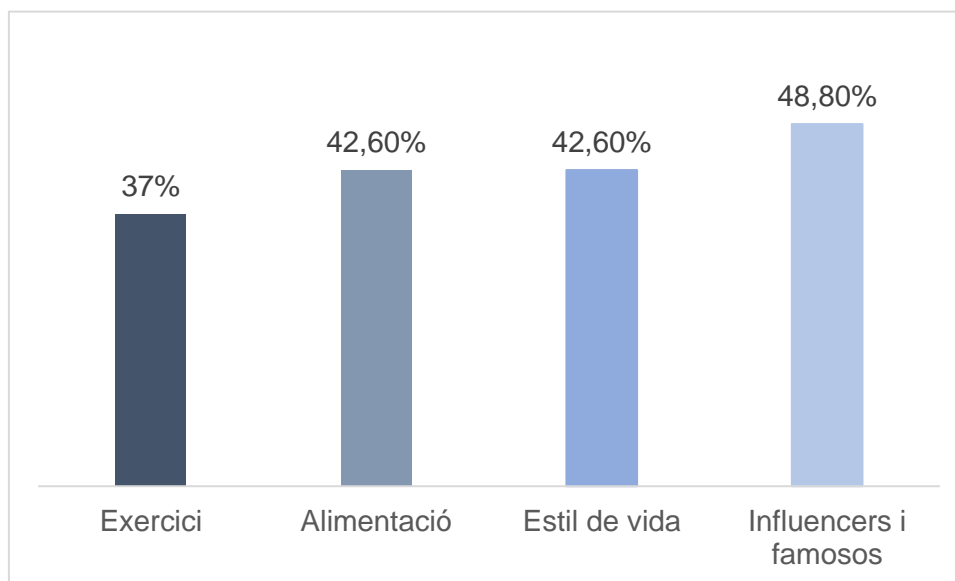
Feina	Freqüència	Percentatge (%)
No	221	57,1
Si	166	42,9

Convivència	Freqüència	Percentatge (%)
En parella	29	7,5
Amb els pares	266	68,7
Pis compartir	75	19,4
Sol/a	17	4,4

Estat civil	Freqüència	Percentatge (%)
Casat	6	1,6
En parella	128	33,1
Solter	253	65,4

Residència	Freqüència	Percentatge (%)
Província de Barcelona	41	10,6
Província de Girona	4	1,0
Província de Lleida	10	2,6
Província de Tarragona	332	85,8

Annex 13. Gràfic dels percentatges de contingut més visualitzat en les xarxes socials



Annex 14. Taules de percentatges de resposta en el grup d'alt risc de TCA en les variables més rellevants

Edat	Freqüència	Percentatge (%)
18 a 20 anys	31	47,7
21 a 23 anys	19	29,2
24 a 26 anys	12	18,5
27 a 29 anys	3	4,6

Gènere	Freqüència	Percentatge (%)
Femení	53	81,5
Masculí	9	13,8
Altres	3	4,6

Ús de xarxes socials	Freqüència	Percentatge (%)
<1h al dia	1	1,5
1 a 2h al dia	17	26,2
2 a 4h al dia	34	52,3
>4h al dia	13	20

Ús de filtres	Freqüència	Percentatge (%)
Mai	10	15,4
Alguna vegada	33	50,8
Bastantes vegades	9	13,8
Molt sovint	12	18,5
Sempre	1	1,5

Comparar imatge corporal en les xarxes socials	Freqüència	Percentatge (%)
Mai	0	0
Alguna vegada	4	6,2
Bastantes vegades	16	24,6
Molt sovint	21	32,3
Sempre	24	36,9

Inseguretats després de veure les xarxes socials	Freqüència	Percentatge (%)
Mai	5	7,7
Alguna vegada	23	35,4
Bastantes vegades	16	24,6
Molt sovint	15	23,1
Sempre	6	9,2

Necessitat de canviar alguna cosa en la imatge corporal després de navegar per les xarxes socials	Freqüència	Percentatge (%)
Mai	2	3,1
Alguna vegada	12	18,5
Bastantes vegades	15	23,1
Molt sovint	20	30,8
Sempre	16	24,6