



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2024/2025

Convocatoria Especial de Diciembre

Modalidad: Estudio Descriptivo

Título: Comprender el papel de la regulación emocional en la relación entre FoMO, la soledad y la salud psicológica.

Autor: Cira del Pilar Larrosa Mateo

Tutor/a: Álvaro García del Castillo López

Elche, 24 de Noviembre de 2025

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	3
Redes Sociales.....	4
FoMO.....	5
Regulación Emocional.....	6
Soledad.....	7
Objetivos e hipótesis.....	8
Metodo	
Participantes.....	8
Procedimiento.....	9
Variables e instrumentos.....	10
Fiabilidad interna.....	11
Análisis de datos.....	12
Resultados.....	12
Resumen de resultados.....	18
Discusión.....	19
Conclusiones.....	21
Referencias.....	21
Tabla 1.....	11
Tabla 2.....	13
Tabla 3.....	13
Tabla 4.....	14
Tabla 5.....	15
Tabla 6.....	16

Resumen

La salud mental se ha visto especialmente afectada por el impacto de las redes sociales y los cambios en la interacción social. En este contexto, el presente estudio examina cómo el miedo a perderse algo (FoMO), la regulación emocional y la soledad se relacionan con indicadores clave de salud psicológica, como el bienestar, la ansiedad y la depresión. Para ello, se establecieron tres hipótesis centradas en la asociación entre FoMO y malestar emocional, el papel adaptativo de la reevaluación cognitiva frente a la supresión emocional y la relación entre la soledad, el FoMO y la sintomatología ansioso-depresiva. La muestra estuvo compuesta por 338 adultos, obtenida mediante muestreo online no probabilístico. Se emplearon instrumentos validados para medir FoMO, soledad, regulación emocional, bienestar, y sintomatología ansioso-depresiva. El análisis se realizó mediante correlaciones de Pearson y regresiones jerárquicas controlando edad y sexo. Los resultados confirmaron todas las hipótesis. El FoMO se relacionó con mayores niveles de ansiedad y depresión; la reevaluación cognitiva se asoció con mayor bienestar y menor sintomatología ansioso-depresiva, mientras que la supresión emocional mostró el patrón contrario; y las tres dimensiones de soledad se vincularon con FoMO y malestar emocional. Estos resultados destacan la importancia de los factores emocionales y sociales en la comprensión de la salud mental en la era digital.

Palabras clave: FoMO, regulación emocional, soledad, ansiedad, depresión, bienestar psicológico

Introducción

En el contexto actual la salud mental constituye uno de los desafíos más relevantes para el bienestar individual y colectivo. Si exploramos el contexto europeo y específicamente el español, los datos más recientes constituyen un claro indicador de la magnitud del reto. A nivel europeo, las estadísticas de Eurostat (2023) aportan datos como que durante el 2022 cerca de 210.800 personas fallecieron en la Unión Europea a causa de trastornos mentales y del comportamiento, cifra que supone el 4,1% de las defunciones. La mortalidad asociada a estos trastornos se estimó en 42 muertes por cada 100.000 habitantes (Eurostat, 2023).

En España, según el informe Health at a Glance: Europe 2023, más de una de cada seis personas experimentó algún trastorno de salud mental en 2019 (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). También en España, según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, el 34,3% de la población declaraba sufrir algún trastorno mental o del comportamiento y la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en adultos jóvenes ha crecido significativamente en la última década (Ministerio de Sanidad, 2023). Los trastornos de ansiedad constituyen el grupo más frecuente dentro de los trastornos psiquiátricos afectando al 6,7% de la población en 2020 (García et al., 2020). Los estudios epidemiológicos señalan que aproximadamente de una de cada tres personas padecerá algún tipo de trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Domínguez et al., 2024). El trastorno depresivo aparece en el 4,1% de la población, va incrementando con la edad y es casi tres veces más frecuente en mujeres que en hombres (Ministerio de Sanidad, 2020).

Redes Sociales

Los datos muestran que los problemas de salud mental no son fenómenos secundarios, sino una realidad presente que cada vez afecta a más personas, teniendo implicaciones amplias en la vida de los individuos, familias y la sociedad en conjunto. En las últimas dos décadas el acceso permanente a internet ha cambiado la forma en la que las personas se relacionan, se informan o se muestran ante los demás. Esta nueva forma de comunicación ha generado tanto beneficios como riesgos para la sociedad. Investigaciones recientes muestran que el uso excesivo o desregulado de redes sociales (RRSS) se asocia con niveles más altos de depresión, ansiedad y síntomas de adicción comportamental (Kross et al., 2021; Moretta et al., 2022).

Las redes sociales son un espacio en el cual se está en contacto constante con el mundo, por lo que la autoimagen y la comparación social adquieren una gran relevancia. En estas aplicaciones los usuarios a parte de consumir información, también exponen aspectos de su vida cotidiana buscando aprobación y validación mediante comentarios, reacciones o seguidores. De esta forma el valor personal pasa a depender del reconocimiento digital. Griffiths et al. (2024), explica que el algoritmo de las redes sociales funciona buscando la permanencia en estas y que la búsqueda de likes y comentarios generan una dependencia emocional y refuerzan el uso compulsivo de las redes sociales.

En conexión con lo anterior, estudios evidencian que el uso y la frecuencia de uso de las redes sociales se asocian significativamente con la insatisfacción corporal, el deseo de delgadez y la baja autoestima en adolescentes y adultos jóvenes de la población española (Marín & García, 2023). Según Tibber et al. (2020), las personas con menos autoestima mostraron una mayor tendencia a utilizar las redes sociales de forma problemática y compulsiva. Otro dato lo aporta UNICEF (2023), exponiendo que más del doble de chicas que de chicos se comparan con personas que muestran vidas perfectas y buena salud mental en redes.

A la vista de estas evidencias, se ha decidido llevar a cabo esta investigación para analizar el papel de la regulación emocional en la relación entre el miedo a perderse experiencias (FoMO), la soledad y la salud psicológica. Se pretende comprender cómo los procesos emocionales interactúan con las relaciones sociales, tanto físicas como digitales, con el fin de aportar evidencia empírica sobre su influencia en el bienestar psicológico.

FoMO

En los últimos años se ha popularizado el término *Fear Of Missing Out* (FoMO), traducido como “miedo a perderse algo”. Este término se ha viralizado en redes sociales, incluso las personas lo utilizan en su día a día, en cambio según la literatura, la primera vez que se habló de FoMO fue a manos de Patrick J. McGinnis en un artículo titulado “Teoría social en HBS: los dos FO”, publicado en *The Harbus*, el periódico estudiantil de la Escuela de Negocios de Harvard (McGinnis, 2004). El FoMO puede definirse como el miedo a no poder seguir lo que sucede en la vida de otras personas (Tanhan, 2022). También se caracteriza por el deseo de estar constantemente conectado con lo que hacen los demás, las plataformas de redes sociales sirven como un medio eficaz para mantener una conexión continua con lo que está sucediendo (Flack et al., 2024). Esto hace que las personas tengan la necesidad de estar continuamente conectados en redes sociales como Facebook o Instagram.

Las investigaciones destacan una fuerte correlación entre el FoMO y la adicción a las redes sociales (Türk & Koçyiğit, 2025). El FoMO también puede definirse como la sensación de tensión, ansiedad y vacío que surge cuando el individuo se siente privado de lo que ocurre en la vida de otros o de los eventos externos a su propia vida, debido a su deseo de estar constantemente al tanto (Tanhan, 2022). El estudio de Hidayati y

Nasution (2025), evidenció que el FoMO se vinculaba con el estrés, trastornos del sueño, menor interacción social, dificultades académicas y conductas financieras impulsivas orientadas a mantener la pertenencia al grupo. También se ha demostrado que el FoMO se correlaciona positivamente con la depresión, ansiedad y neuroticismo y negativamente con la conciencia (Fioravanti et al., 2021).

Regulación Emocional

La regulación emocional se define como el conjunto de procesos cognitivos, fisiológicos y conductuales mediante los cuales las personas influyen en qué emociones experimentan, cuándo las experimentan y cómo las expresan (Gross, 1998). Se entiende como el proceso en que las personas modifican sus emociones utilizando mecanismos automáticos de autorregulación, procesos de modulación basados en la tendencia a acercarse o evitar estímulos emocionales y la selección de estrategias adaptadas a sus metas personales, sociales y al contexto (Pérez et al., 2017). Según Gross y John (2003), se distinguen dos estrategias de regulación emocional: las estrategias de regulación antecedente, que actúan antes de que las tendencias de respuesta emocional se hayan activado por completo y las estrategias de regulación de respuesta, que se refieren a las acciones que realizamos una vez que la emoción ya está en marcha después de que se han generado las tendencias de respuesta. Entre las primeras se incluyen la reevaluación cognitiva, que consiste en reinterpretar una situación para modificar su impacto emocional, mientras que entre las segundas destaca la supresión expresiva, que implica inhibir la manifestación externa de la emoción (Gross & John, 2003).

La regulación emocional no solo implica gestionar emociones negativas, sino también optimizar las positivas, lo que amplía su campo de actuación más allá del mero “control del malestar”. Por ejemplo, Moral y Hervás (2017) concluyen que la capacidad de modificar emociones negativas puede ser un factor común por el que diversas estrategias de regulación emocional benefician la salud mental; de igual forma, la habilidad de aceptar o tolerar emociones negativas, incluso sin modificarlas, resulta por sí misma beneficiosa. En ese sentido, la regulación emocional se concibe como una competencia clave, ya que fomentar la reevaluación cognitiva o la aceptación emocional favorece mayor bienestar y menores niveles de sintomatología clínica.

A su vez, la evidencia reciente subraya que la regulación emocional ocurre principalmente en contextos sociales, donde la interacción con otros y el entorno emocional compartido juegan un papel central. Este hecho implica que no solo nos autorregulamos individualmente, sino que también nos influenciamos mutuamente, un fenómeno que algunos autores han denominado heterorregulación (Olhaberry & Sieverson, 2022). La regulación intrapersonal puede generar una dependencia emocional externa, mientras que los problemas en la regulación interpersonal se han asociado con apego ansioso, ansiedad social y depresión (Flack et al., 2024). Comprender esta dimensión interpersonal y contextual de la regulación emocional resulta esencial para explicar cómo los procesos emocionales se entrelazan con la vida social, el uso de redes digitales y en definitiva, el bienestar psicológico en la era contemporánea.

Soledad

Según Montero et al., (2001), “la soledad se define como un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante; resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto” (p. 21). Weiss (1973), fue el primer autor en observar la naturaleza multidimensional de la soledad, distingue entre soledad emocional, derivada de la ausencia de vínculos íntimos o de apego y soledad social, asociada a la falta de integración en redes o grupos de pertenencia.

El sentimiento de soledad se ha convertido en un importante problema de salud para toda la población mundial. Análisis demuestran que la soledad puede considerarse una variable significativa que influye en la depresión y las enfermedades de salud mental (Erzen & Çikrikci, 2018). Los síntomas de malestar psicológico aumentan con el sentimiento de soledad, lo que favorece la prescripción de fármacos que a su vez, aumentan la sensación de soledad (Pedrero et al., 2023). En España, estudios evidencian que alrededor del 20% de los adultos experimentan soledad no deseada, con mayor prevalencia entre los jóvenes (Fundación ONCE & Fundación AXA, 2024). Finalmente, los comportamientos de soledad predicen niveles más altos de FoMO, lo que a su vez se asocia con mayor sintomatología depresiva y ansiosa (Liu et al., 2023).

Objetivos e hipótesis

El presente estudio tiene como objetivo explorar cómo la regulación emocional y el FoMO se relacionan con la sintomatología ansioso-depresiva y el bienestar psicológico, considerando la percepción de soledad como un mediador o moderador clave en estos vínculos.

A partir de las evidencias teóricas descritas anteriormente, en este estudio se formularon las siguientes hipótesis:

H1- Un mayor nivel de FoMO se asociará a una mayor sintomatología ansiosa y depresiva.

H2- La regulación emocional adaptativa se asociará positivamente con el bienestar psicológico y negativamente con la ansiedad y depresión.

H3- Un mayor sentimiento de soledad se asociará con mayor percepción de fomo y sintomatología ansioso-depresiva.

Metodo

Participantes

El diseño de esta investigación es transversal descriptivo correlacional. El único criterio de inclusión fue ser mayor de edad. La recogida de datos se realizó de forma online, mediante un cuestionario difundido a través de redes sociales como Whatsapp, Instagram y Facebook.

En total, 342 personas respondieron al cuestionario. De estas, 4 respuestas fueron descartadas al no cumplir el requisito de mayoría de edad, por lo que la muestra final quedó compuesta por 338 participantes.

De los participantes, 251 eran mujeres (74,3%), 86 hombres (25,5%). La edad de los encuestados osciló entre 18 y 73 años. Media de edad 28 y desviación típica de 8,8 años.

En cuanto al estado civil, el 55,6% de la muestra respondieron estar solteros/as, el 26% conviven con su pareja, el 8,6% están casados/as, el 2,7% tienen pareja de hecho y el 1,8% son separados/as o divorciados.

En cuanto al nivel educativo, el 30,2% de la muestra contaba con estudios de Grado, Licenciatura o Diplomatura, el 12,7% tenía un Máster o Especialización, el 24,9% había finalizado Bachillerato, el 21,3% poseía una Formación Profesional, y el 7,7% había completado la Educación Secundaria Obligatoria.

Respecto a la situación laboral, el 34,6% trabajaba a jornada completa, el 17,8% eran estudiantes, el 6,8% combinaba estudio y trabajo a media jornada, otro 6,9% trabajaba a media jornada, y el 6,8% se encontraba en búsqueda activa de empleo.

Procedimiento

En primer lugar, se llevó a cabo una revisión de la literatura científica con el fin de fundamentar teóricamente el estudio y formular los objetivos e hipótesis de investigación. A partir de la revisión, se elaboró un cuestionario online mediante Google Forms que incluía los instrumentos validados seleccionados para la recogida de datos: Fear of Missing Out Scale (FoMOs), Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA-S), Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ), Índice de Bienestar de la OMS (WHO-5) y Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety (PHQ-4), además de preguntas sociodemográficas.

El estudio obtuvo la autorización favorable del Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández de Elche, a través de la Oficina de Investigación Responsable (COIR), con código de autorización COIR TFG.GPS.AGDCL.CDPLM.250606 y fue clasificado como de riesgo mínimo. Tras la aprobación ética, se procedió a la difusión del cuestionario entre la población general mediante muestreo no probabilístico por bola de nieve. El enlace al formulario se compartió a través de redes sociales (Instagram, Facebook y WhatsApp) acompañados de un breve mensaje explicativo que informaba sobre los objetivos del estudio, la confidencialidad de los datos y la participación voluntaria y anónima. Los participantes otorgaron su consentimiento informado antes de iniciar el cuestionario. Se recopiló un total de 342 respuestas, de las cuales 4 fueron descartadas por no cumplir el criterio de edad mínima (mayores de 18 años). La muestra final estuvo compuesta por 338 participantes.

Variables e instrumentos

Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) (Gross & John, 2003; adaptación española de Sandín, Chorot, Valiente & Pineda, 2012; ver Pineda et al., 2018)

Es un instrumento de autoinforme diseñado para evaluar dos estrategias de regulación emocional: la reevaluación cognitiva y la supresión expresiva. Está compuesto por 10 ítems, de los cuales 6 miden reevaluación y 4 supresión y se responden en una escala Likert de 7 puntos (1 = Completamente en desacuerdo, 7 = Completamente de acuerdo). Este cuestionario permite analizar la tendencia de las personas a modificar la interpretación de las situaciones para regular sus emociones o a inhibir su expresión emocional (Gross & John, 2003). Se utilizó la versión española traducida por Sandín et al., (2012), cuyos datos se tomaron de la Tabla 4 del estudio de Pineda et al., (2018). En este trabajo la escala mostró una adecuada consistencia interna, con un $\alpha=0,84$ en Reevaluación Cognitiva y un $\alpha=0,89$ en Supresión Emocional.

Social and Emotional Loneliness Scale for Adults Short Version (SELSA-S) (DiTommaso et al., 2004)

Es un instrumento de autoinforme diseñado para evaluar tres dimensiones de la soledad: soledad familiar (falta de apoyo por parte de los familiares), soledad romántica (ausencia de una relación íntima de pareja) y soledad social (déficit de relaciones sociales y de amistades). Deriva de una versión original de 37 ítems, finalmente compuesta por 15 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 7= De acuerdo) (DiTommaso et al., 2004). La validación española realizada por Yáñez Yaben (2008) mostró una adecuada consistencia interna global ($\alpha=0,844$) y en las subescalas: familiar ($\alpha= 0,831$), social ($\alpha= 0,711$) y romántica ($\alpha= 0,838$), evidenciando su fiabilidad y validez en la población adulta.

Fear of Missing Out scale (FoMOs) (Przybylski et al., 2013)

Es un instrumento de autoinforme de 10 ítems diseñado para evaluar el grado en que los individuos experimentan el fenómeno del “Miedo a perderse algo” (FoMO). Los ítems se responden mediante una escala Likert de 5 puntos (1 = En absoluto cierta, 5 = Extremadamente cierta), y la puntuación total se obtiene calculando la media aritmética de las respuestas. Este instrumento ha mostrado excelente consistencia interna en población adulta, con coeficientes $\alpha= 0,87$, $0,89$ y $0,90$ en distintos estudios, lo que respalda su fiabilidad y validez (Przybylski et al., 2013).

WHO (Five) Well Being Index (WHO-5 WBI) (World Health Organization, 1998)

Es un instrumento de autoinforme breve compuesto por 5 ítems diseñado para evaluar el bienestar psicológico general durante las últimas semanas. Los participantes deben indicar con qué frecuencia han experimentado determinadas sensaciones positivas utilizando una escala tipo Likert de 6 puntos (1= Nunca, 6= Todo el tiempo). La puntuación total se obtiene sumando las respuestas y multiplicándolas por cuatro, obteniendo una puntuación de 0 a 100 donde los valores más altos reflejan un mayor bienestar (World Health Organization, 1998). Topp et al., (2015) en una revisión sistemática analizó más de 200 estudios que utilizaron el WHO-5 WBI, confirmando su alta validez psicométrica. Destacaron su alta consistencia interna con coeficientes α entre 0,82 y 0,93 en distintos estudios.

Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety 4 (PHQ-4) (Kroenke et al., 2009)

Es una escala breve de cribado de 4 ítems diseñada para la evaluación rápida de síntomas de depresión y ansiedad en población general. El instrumento se compone de dos subescalas: depresión y ansiedad, con dos ítems cada una. Las respuestas se registran en una escala de 4 opciones: “Nunca”, “Varios días”, “Más de la mitad de los días” y “Casi todos los días”. El PHQ-4 ha mostrado una alta consistencia interna (α = 0,80), lo que evidencia su fiabilidad (Kroenke et al., 2009).

Fiabilidad interna

Se realizaron análisis para evaluar la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio. Para ello, se emplearon los coeficientes de fiabilidad Alfa de Cronbach (α) y omega de McDonald (ω).

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos utilizados.

Variables	<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>ω De McDonald</i>
ERQ Reevaluación Cognitiva	0.823	0.831
ERQ Supresión Emocional	0.860	0.831
SELSA-5 Soledad Social	0.852	0.865
SELSA-5 Soledad Familiar	0.850	0.860
SELSA-5 Soledad Romántica	0.887	0.894
FoMOs	0.774	0.783
WHO-5 WBI	0.839	0.842

Variables	<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>ω De McDonald</i>
PHQ-4 Depresión	0.758	0.758
PHQ-5 Ansiedad	0.742	0.753

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó con IBM SPSS Statistics (versión 29). En primer lugar se inspeccionó la base de datos para detectar valores perdidos y casos atípicos mediante diagramas de caja y puntuaciones tipificadas. Dado que los porcentajes de valores perdidos fueron mínimos y no mostraron un patrón sistemático, se optó por el análisis por lista completa. A continuación se calcularon estadísticos descriptivos (media y desviación estándar) y coeficientes de fiabilidad interna para todas las escalas. Las puntuaciones corresponden a sumas de ítems tipo Likert y, considerando el tamaño muestral, se trataron como variables continuas. Por este motivo se utilizaron correlaciones de Pearson para los análisis bivariados, siguiendo las recomendaciones habituales en investigación psicológica (Field, 2018). Se adoptó un nivel de significación de $p < .05$ bilateral y se reportaron tamaños del efecto e intervalos de confianza al 95%.

Para el contraste de hipótesis se empleó un enfoque correlacional y de regresión lineal jerárquica. Las correlaciones permitieron comprobar de manera preliminar las asociaciones esperadas entre las variables. En segundo lugar se especificaron modelos de regresión jerárquica para analizar la contribución incremental de los predictores psicosociales sobre los indicadores de salud mental, controlando previamente las variables sociodemográficas. En todos los modelos se introdujeron en el primer paso la edad y el sexo y, en el segundo, los predictores teóricos de interés, utilizando el método de introducción forzada. En todos los casos se examinaron los supuestos de linealidad, homocedasticidad, normalidad de los residuos e independencia de errores, así como la ausencia de multicolinealidad problemática mediante los índices de tolerancia y el factor de inflación de la varianza, siguiendo los criterios habituales para el análisis de regresión múltiple (Field, 2018; Tabachnick & Fidell, 2019).

Resultados

En línea con la hipótesis 1, el FoMO se asoció de forma positiva tanto con los síntomas de ansiedad como con los síntomas depresivos (Tabla 2). La correlación de Pearson entre FoMO y ansiedad fue $r = .27$, $p < .001$, mientras que la correlación entre FoMO y

depresión fue $r = .22$, $p < .001$, indicando que puntuaciones más elevadas de FoMO se relacionan con mayor sintomatología ansioso depresiva.

Tabla 2

Medias, desviaciones estándar y correlaciones de Pearson entre FoMO, ansiedad y depresión.

Variable	<i>M</i>	<i>DT</i>	1	2	3
1. FoMO	22.10	6.51	1		
2. Ansiedad	4.93	1.48	.27***	1	
3. Depresión	4.57	1.36	.22***	.54***	1

Nota. $N = 340$. Se presentan correlaciones de Pearson. *** $p < .001$.

Se llevó a cabo una regresión jerárquica con la sintomatología ansiosa como variable dependiente, introduciendo en el primer paso la edad y el sexo y, en el segundo, el FoMO (Tabla 3). En el paso 1, las variables sociodemográficas explicaron un 4,9 % de la varianza, $R^2 = .05$, $F(2, 337) = 8.66$, $p < .001$. Al añadir el FoMO en el paso 2, la varianza explicada aumentó hasta el 11,2 %, $R^2 = .11$, $F(3, 336) = 14.14$, $p < .001$, lo que indica un incremento significativo de la varianza explicada. El FoMO se asoció de forma positiva con la ansiedad, $\beta = .26$, $t = 4.89$, $p < .001$, IC 95 % [0.04, 0.08], de modo que puntuaciones más altas en FoMO predijeron mayores niveles de sintomatología ansiosa tras controlar la edad y el sexo.

De forma complementaria, se estimó una regresión jerárquica con la sintomatología depresiva como variable dependiente. En el primer paso se introdujeron la edad y el sexo, que no explicaron de manera significativa la varianza en depresión, $R^2 = .01$, $F(2, 337) = 2.12$, $p = .122$. Al incorporar el FoMO en el segundo paso, la varianza explicada aumentó hasta el 5.6 %, $R^2 = .06$, $F(3, 336) = 6.64$, $p < .001$. El FoMO se asoció de forma positiva y significativa con los síntomas depresivos, $\beta = .21$, $t = 3.94$, $p < .001$, IC 95 % [0.02, 0.07], mientras que la edad y el sexo no mostraron efectos significativos en este modelo. Estos resultados indican que puntuaciones más elevadas de FoMO predicen mayores niveles de sintomatología depresiva, incluso controlando las variables sociodemográficas, confirmando la primera hipótesis.

Tabla 3

Análisis de regresión jerárquica que predice sintomatología ansioso-depresiva a partir del FoMO, controlando por edad y sexo.

Panel A. Variable dependiente: ansiedad						
Paso	Predictor	B	SE B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
1	Sexo	0.589	0.181	.17	3.25	.001
1	Edad	-0.019	0.009	-.11	-2.12	.034
2	Sexo	0.587	0.175	.17	3.35	.001
2	Edad	-0.011	0.009	-.07	-1.27	.205
2	FoMO	0.058	0.012	.26	4.89	< .001

Panel B. Variable dependiente: depresión						
Paso	Predictor	B	SE B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
1	Sexo	0.261	0.170	.08	1.53	.126
1	Edad	-0.010	0.008	-.06	-1.15	.252
2	Sexo	0.259	0.167	.08	1.55	.121
2	Edad	-0.004	0.008	-.02	-0.44	.662
2	FoMO	0.044	0.011	.21	3.94	< .001

Nota. *N* = 340. El sexo y la edad se introdujeron como covariables en el paso 1; FoMO se introdujo en el paso 2. Para ansiedad, R^2 paso 1 = 0,05, R^2 paso 2 = 0,11, ΔR^2 = 0,06. Para depresión, R^2 paso 1 = 0,01, R^2 paso 2 = 0,06, ΔR^2 = 0,04. Se indican los coeficientes no estandarizados (B) y los errores estándar (SE B), junto con los coeficientes estandarizados (β).

En relación con la hipótesis 2, se examinaron las correlaciones de Pearson entre las estrategias de regulación emocional y los indicadores de salud psicológica (Tabla 4). Tal como se esperaba, la reevaluación cognitiva se asoció de forma positiva con el bienestar psicológico, $r = .33$, $p < .001$, y de forma negativa, aunque de magnitud pequeña, con la sintomatología depresiva y ansiosa, $r = -.16$, $p = .003$, y $r = -.14$, $p = .009$, respectivamente.

En contraste, la supresión emocional mostró un patrón opuesto: se relacionó negativamente con el bienestar, $r = -.22$, $p < .001$, y positivamente con los síntomas depresivos y ansiosos, $r = .26$, $p < .001$, y $r = .12$, $p = .029$, respectivamente.

Tabla 4

Medias, desviaciones estándar y correlaciones de Pearson entre regulación emocional, bienestar y sintomatología ansioso-depresiva.

Variable	<i>M</i>	<i>DT</i>	1	2	3	4	5
1. Reevaluación cognitiva	31.19	5.64	1				
2. Supresión emocional	13.16	6.16	-.12*	1			
3. Bienestar psicológico	18.20	4.36	.33***	-.22***	1		
4. Depresión	4.57	1.36	-.16**	.26***	-.53***	1	
5. Ansiedad	4.93	1.48	-.14**	.12*	-.42***	.54***	1

Nota. *N* = 340. Se presentan correlaciones de Pearson. $p < .05$, * $p < .01$, ** $p < .001$.

En conjunto, los análisis de regresión jerárquica (Tabla 5) muestran que las estrategias de regulación emocional explican una parte sustancial de la variabilidad en la salud psicológica, más allá de la edad y el sexo. Para el bienestar, la inclusión de la reevaluación cognitiva y la supresión emocional aumentó la varianza explicada del 2 % al 18.3 % ($\Delta R^2 = .16$). En el modelo final, la reevaluación cognitiva predijo mayor bienestar ($\beta = .32$, $p < .001$) y la supresión emocional menor bienestar ($\beta = -.22$, $p < .001$).

En la ansiedad, la regulación emocional incrementó la varianza explicada del 4.9 % al 9.2 % ($\Delta R^2 = .04$). La reevaluación cognitiva se asoció con menos ansiedad ($\beta = -.13$, $p = .011$) y la supresión con más ansiedad ($\beta = .15$, $p = .006$), con niveles más altos de ansiedad en mujeres y participantes más jóvenes.

En la depresión, la varianza explicada pasó del 1 % al 11.1 % al introducir la regulación emocional ($\Delta R^2 = .10$). La reevaluación cognitiva se relacionó con menos síntomas depresivos ($\beta = -.14$, $p = .009$) y la supresión con más depresión ($\beta = .27$, $p < .001$). En síntesis, un mayor uso de estrategias adaptativas se vincula con más bienestar y menor sintomatología ansioso depresiva, mientras que la supresión emocional muestra el patrón contrario, confirmando la segunda hipótesis.

Tabla 5

Regresión jerárquica prediciendo el bienestar psicológico y sintomatología ansioso-depresiva a partir de la regulación emocional, controlando edad y sexo.

Panel A. Variable dependiente: bienestar psicológico						
Paso	Predictor	B	SE B	β	t	p
1	Sexo	-1.30	0.54	-.13	-2.39	.017
1	Edad	0.01	0.03	.03	0.51	.607
2	Sexo	-1.94	0.51	-.20	-3.83	< .001
2	Edad	0.01	0.02	.02	0.40	.688
2	Reevaluación cognitiva	0.25	0.04	.32	6.37	< .001
2	Supresión emocional	-0.16	0.04	-.22	-4.42	< .001
Panel B. Variable dependiente: ansiedad						
Paso	Predictor	B	SE B	β	t	p
1	Sexo	0.59	0.18	.17	3.25	.001
1	Edad	-0.02	0.01	-.11	-2.12	.034
2	Sexo	0.72	0.18	.21	3.96	< .001
2	Edad	-0.02	0.01	-.11	-2.12	.035

2	Reevaluación cognitiva	-0.04	0.01	-.13	-2.55	.011
2	Supresión emocional	0.04	0.01	.15	2.78	.006

Panel C. Variable dependiente: depresión

Paso	Predictor	B	SE B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
1	Sexo	0.26	0.17	.08	1.53	.126
1	Edad	-0.01	0.01	-.06	-1.15	.252
2	Sexo	0.45	0.17	.15	2.75	.006
2	Edad	-0.01	0.01	-.06	-1.21	.227
2	Reevaluación cognitiva	-0.03	0.01	-.14	-2.64	.009
2	Supresión emocional	0.06	0.01	.27	5.16	< .001

Nota. *N* = 340. En el paso 1 se introdujeron edad y sexo; en el paso 2 se añadieron reevaluación cognitiva y supresión emocional. Panel A: Para el modelo con solo variables sociodemográficas, $R^2 = .02$. Para el modelo completo, $R^2 = .18$, $\Delta R^2 = .16$, $F(4, 335) = 18.73$, $p < .001$. Panel B: Para el modelo con solo variables sociodemográficas, $R^2 = .05$. Para el modelo completo, $R^2 = .09$, $\Delta R^2 = .04$, $F(4, 335) = 8.52$, $p < .00$. Panel C: Para el modelo con solo variables sociodemográficas, $R^2 = .01$. Para el modelo completo, $R^2 = .11$, $\Delta R^2 = .10$, $F(4, 335) = 10.43$, $p < .001$.

En relación con la hipótesis 3, se analizaron las asociaciones entre las dimensiones de soledad y el FoMO, así como la sintomatología ansioso-depresiva (Tabla 6). En línea con lo esperado, la soledad familiar se relacionó de forma positiva con el FoMO, $r = .19$, $p < .001$, con los síntomas depresivos, $r = .38$, $p < .001$, y con los síntomas de ansiedad, $r = .19$, $p < .001$. La soledad romántica también mostró correlaciones positivas con el FoMO, $r = .13$, $p = .015$, con la depresión, $r = .22$, $p < .001$, y con la ansiedad, $r = .16$, $p = .002$. De manera similar, la soledad social se asoció positivamente con el FoMO, $r = .16$, $p = .004$, con la depresión, $r = .34$, $p < .001$, y con la ansiedad, $r = .18$, $p = .001$. En conjunto, estas correlaciones, de magnitud pequeña a moderada, indican que niveles más elevados de soledad en los ámbitos familiar, romántico y social se vinculan sistemáticamente con una mayor percepción de FoMO y con una mayor sintomatología ansioso-depresiva.

Tabla 6

Medias, desviaciones estándar y correlaciones de Pearson entre soledad, FoMO y sintomatología ansioso-depresiva.

Variable	<i>M</i>	<i>DT</i>	1	2	3	4	5	6
1. Soledad familiar	12.99	7.05	1					
2. Soledad romántica	17.67	9.71	.17**	1				
3. Soledad social	12.47	6.59	.45***	.06	1			
4. FoMO	22.10	6.51	.19***	.13*	.16**	1		
5. Depresión	4.57	1.36	.38***	.22***	.34***	.22***	1	
6. Ansiedad	4.93	1.48	.19***	.16**	.18**	.27***	.54***	1

Nota. $N = 340$. Se presentan correlaciones de Pearson. $p < .05$, $*p < .01$, $**p < .001$.

En conjunto, los análisis de regresión jerárquica apoyan la hipótesis 3 al mostrar que la soledad se asocia con mayores niveles de FoMO y de sintomatología ansioso depresiva (Tabla 7). En el caso del FoMO, las dimensiones de soledad incrementaron la varianza explicada del 3.4 % al 8.7 %, $\Delta R^2 \approx .05$, de modo que, en el modelo final, la soledad social fue el único predictor significativo ($\beta = .12$, $p = .040$), mientras que la menor edad también se relacionó con más FoMO ($\beta = -.19$, $p < .001$).

Para la ansiedad, la inclusión de las tres dimensiones de soledad elevó la varianza explicada del 4.9 % al 12.3 %, $\Delta R^2 = .07$. La soledad romántica ($\beta = .15$, $p = .004$) y la soledad social ($\beta = .13$, $p = .025$) predijeron niveles más altos de ansiedad, con un efecto marginal de la soledad familiar, y mayores puntuaciones ansiosas en mujeres y participantes más jóvenes.

En depresión, la soledad explicó un incremento notable de varianza del 1 % al 22.7 %, $\Delta R^2 = .22$. Las tres dimensiones se asociaron de forma positiva con los síntomas depresivos (soledad familiar $\beta = .26$, soledad romántica $\beta = .17$, soledad social $\beta = .22$, todos $p < .001$), mientras que la edad no fue significativa y el sexo mostró un efecto positivo pequeño ($\beta = .12$, $p = .018$).

Tabla 7

Regresión jerárquica prediciendo FoMO y sintomatología ansioso-depresiva a partir de las dimensiones de soledad, controlando edad y sexo.

Panel A. Variable dependiente: FoMO						
Paso	Predictor	B	SE B	β	t	p
1	Sexo	0.05	0.81	.00	0.06	.955
1	Edad	-0.13	0.04	-.18	-3.39	.001
2	Sexo	0.30	0.79	.02	0.37	.710
2	Edad	-0.14	0.04	-.19	-3.49	< .001
2	Soledad familiar	0.10	0.06	.11	1.88	.061
2	Soledad romántica	0.06	0.04	.10	1.79	.074
2	Soledad social	0.12	0.06	.12	2.06	.040
Panel B. Variable dependiente: ansiedad						
Paso	Predictor	B	SE B	β	t	p
1	Sexo	0.59	0.18	.17	3.25	.001
1	Edad	-0.02	0.01	-.11	-2.12	.034
2	Sexo	0.67	0.18	.20	3.80	< .001
2	Edad	-0.02	0.01	-.11	-2.16	.031
2	Soledad familiar	0.02	0.01	.11	1.94	.053
2	Soledad romántica	0.02	0.01	.15	2.90	.004
2	Soledad social	0.03	0.01	.13	2.25	.025
Panel C. Panel C: Variable dependiente: depresión						
Paso	Predictor	B	SE B	β	t	p
1	Sexo	0.26	0.17	.08	1.53	.126

Panel A. Variable dependiente: FoMO						
Paso	Predictor	B	SE B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
1	Edad	-0.01	0.01	-.06	-1.15	.252
2	Sexo	0.36	0.15	.12	2.38	.018
2	Edad	-0.01	0.01	-.07	-1.38	.170
2	Soledad familiar	0.05	0.01	.26	4.67	< .001
2	Soledad romántica	0.02	0.01	.17	3.51	< .001
2	Soledad social	0.05	0.01	.22	4.13	< .001

Nota. *N* = 340. En el paso 1 se introdujeron edad y sexo; en el paso 2 se añadieron las tres dimensiones de soledad. Panel A: Para el modelo con solo variables sociodemográficas, $R^2 = .03$, $F(2, 337) = 5.90$, $p = .003$. Para el modelo completo, $R^2 = .09$, $\Delta R^2 = .05$, $F(5, 334) = 6.38$, $p < .001$. Panel B: Para el modelo con solo variables sociodemográficas, $R^2 = .05$, $F(2, 337) = 8.66$, $p < .001$. Para el modelo completo, $R^2 = .12$, $\Delta R^2 = .07$, $F(5, 334) = 9.33$, $p < .001$. Panel C: Para el modelo con solo variables sociodemográficas, $R^2 = .01$, $F(2, 337) = 2.12$, $p = .122$. Para el modelo completo, $R^2 = .23$, $\Delta R^2 = .22$, $F(5, 334) = 19.64$, $p < .001$.

Resumen de resultados

Tras realizar los análisis estadísticos mediante correlaciones de Pearson y regresiones jerárquicas se evaluaron las tres hipótesis planteadas en el estudio.

H1- “Un mayor nivel de FoMO se asociará a una mayor sintomatología ansiosa y depresiva.” Los datos confirman esta hipótesis. El FoMO se asoció positivamente con la ansiedad y depresión y además, predijo significativamente ambas variables en los modelos de regresión, incluso controlando la edad y el sexo. En conjunto, estos resultados indican que niveles elevados de FoMO se relacionan de manera consistente con una mayor sintomatología ansiosa-depresiva.

H2- “La regulación emocional adaptativa se asociará positivamente con el bienestar psicológico y negativamente con la ansiedad y depresión.” Esta hipótesis se confirma también. La reevaluación cognitiva mostró una relación positiva con el bienestar y negativa con ansiedad y depresión, mientras que la supresión emocional presentó el patrón contrario, se asoció con menor bienestar y mayor sintomatología ansioso-depresiva. Los análisis de regresión corroboran estos efectos, mostrando que las estrategias de regulación emocional explican una parte relevante de la variabilidad en el bienestar y la salud mental.

H3- “Un mayor sentimiento de soledad se asociará con mayor percepción de fomo y sintomatología ansioso-depresiva.” Los resultados apoyan plenamente la hipótesis. Las tres dimensiones de soledad se correlacionan positivamente con FoMO, ansiedad y depresión. En los modelos de regresión, la soledad, especialmente la social y la

romántica, predice niveles más elevados de ansiedad y depresión, mientras que las tres dimensiones explican una parte importante de la variabilidad en los síntomas depresivos. Los resultados respaldan que la soledad es un factor relevante asociado tanto al FoMo como a una mayor sintomatología ansioso-depresiva.

Discusión

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el FoMO, la Regulación Emocional y la Soledad, y su vinculación con diversos indicadores de salud psicológica, tales como el bienestar, la ansiedad o la depresión. Los resultados permiten comprender cómo se relacionan estas variables de manera coherente con la evidencia previa y con el marco teórico desarrollado en la introducción.

En primer lugar, los resultados muestran que el FoMO se asocia significativamente con una mayor sintomatología ansiosa y depresiva. Esta relación resulta coherente con estudios previos que han señalado asociaciones similares entre el FoMO y el malestar psicológico, así como con un uso problemático de las redes sociales (Fioravanti et al., 2021). Asimismo, investigaciones recientes han relacionado el FoMO con diversos indicadores de estrés y dificultades emocionales (Hidayati & Nasution, 2025), lo que coincide con la tendencia observada en el estudio. Los análisis de regresión complementan esta evidencia al mostrar que el FoMO predice significativamente los síntomas ansiosos y depresivos incluso tras controlar variables sociodemográficas, lo que refuerza su papel como factor relevante en la comprensión del malestar psicológico en contextos digitales.

En segundo lugar, la regulación emocional muestra un patrón diferenciado entre la reevaluación cognitiva y la supresión emocional. La reevaluación cognitiva se asocia con mayores niveles de bienestar y menores niveles de ansiedad y depresión, mientras que la supresión emocional se relaciona con un peor estado emocional. Este patrón coincide con los modelos teóricos de Gross (1998, 2003), que describen la reevaluación como una estrategia de regulación emocional más adaptativa y la supresión como una estrategia menos eficaz. Investigaciones previas también han señalado la relación entre el uso frecuente de estrategias adaptativas de regulación y mejores indicadores de salud psicológica (Moral & Hervás, 2017; Pérez et al., 2017), lo que respalda los hallazgos obtenidos en este estudio. Además, los modelos de regresión mostraron que

ambas estrategias contribuyen significativamente a explicar la variabilidad en el bienestar y la sintomatología, lo que confirma su relevancia en la comprensión de los procesos emocionales.

Por otra parte, la soledad, en sus dimensiones familiar, romántica y social, se asocia de forma consistente con mayores niveles de FoMO y con una mayor sintomatología ansioso-depresiva. Estos resultados quedan reforzados con estudios que han documentado la relación entre soledad y malestar psicológico (Erzen & Çikrikci, 2018; Pedrero-Pérez et al., 2023), así como con investigaciones que han señalado que la soledad puede vincularse con mayores niveles de FoMO y efectos negativos sobre la salud mental (Liu et al., 2023). En este estudio, las dimensiones romántica y social son las que muestran mayor peso en la predicción de ansiedad, mientras que las tres dimensiones contribuyeron a la predicción de la depresión. En el caso del FoMO, la soledad social fue la dimensión que mostró un efecto significativo. Estos resultados indican que la soledad es un elemento clave para entender tanto la desconexión social como ciertos procesos digitales vinculados al FoMO.

El análisis conjunto de los datos evidencia que las variables se influyen mutuamente, en lugar de operar como factores aislados. La presencia de FoMO y soledad se vincula con indicadores de malestar emocional, mientras que la reevaluación cognitiva, parece desempeñar un papel más adaptativo. Esta estructura de relaciones coincide con el planteamiento teórico inicial, que sugería que los procesos emocionales, las experiencias de conexión o desconexión social y la dinámica de las redes sociales interactúan en la configuración del bienestar psicológico actual.

Aun así, el estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales, y aunque los patrones observados son coherentes y consistentes con la literatura, no se puede determinar la dirección exacta de los efectos. En segundo lugar, el muestreo incidental y el predominio de mujeres en la muestra pueden limitar la generalización de los resultados. En esa misma línea, el muestreo incidental permite que gente fuera del rango de edad buscado pueda participar. Asimismo, las medidas empleadas se basan en autoinformes, por lo que pueden verse afectadas por sesgos de deseabilidad social o por la interpretación subjetiva de los ítems. Futuras investigaciones podrían emplear metodologías longitudinales, muestras más diversas y combinar medidas subjetivas con indicadores objetivos de uso digital. Pese a estas limitaciones, el estudio aporta evidencia empírica

valiosa sobre la relación entre FoMO, regulación emocional y soledad y sobre cómo estos factores se asocian con la salud psicológica. Los resultados muestran la importancia de tener en cuenta tanto la regulación emocional individual como el entorno social y digital.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio muestran que el FoMO, la regulación emocional y la soledad son factores estrechamente relacionados con el bienestar psicológico. El FoMO se asocia a mayores niveles de ansiedad y depresión; las estrategias de regulación emocional como la reevaluación cognitiva, se vinculan con mejores indicadores de salud; y la soledad, en todas sus dimensiones, se relaciona de forma consistente con un mayor malestar emocional. En conjunto, los hallazgos permiten comprender cómo estos factores interactúan en la configuración del bienestar en un contexto marcado por el uso extendido de las redes sociales. Asimismo, los resultados resaltan la importancia de promover estrategias adaptativas de regulación emocional y de atender tanto a la soledad como a las dinámicas digitales asociadas al FoMO como elementos relevantes para la salud mental.

Referencias

- DiTommaso, E., Brannen, C., & Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64(1), 99-119. <https://doi.org/10.1177/0013164403258450>
- Domínguez, J. A. D., Duque, V. E., & Tejera, E. T. (2024). Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. *Atención Primaria Práctica*, 6(2), 100194. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100194>
- Erzen, E., & Çikrikci, Ö. (2018). The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(5), 427-435. <https://doi.org/10.1177/0020764018776349>
- Eurostat. (2023). *Causes of death — mental and behavioural disorders*. European Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/>

- Eurostat. (2024). *Mental health and related issues statistics*. Eurostat Statistics Explained.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mental_health_and_related_issues_statistics
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics (5th ed.)*. Sage.
- Fioravanti, G., Casale, S., Benucci, S. B., Probst, A., Falone, A., Ricca, V., & Rotella, F. (2021). Fear of missing out and social networking sites use and abuse: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 122, 106839.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.106839>
- Flack, M., Burton, W. H., & Caudwell, K. M. (2024). I rely on a little help from my friends: the effect of interpersonal and intrapersonal emotion regulation on the relationship between FOMO and problematic internet use. *BMC psychiatry*, 24(1), 384. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05834-9>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2023). *Más del 50% de los adolescentes manifiestan haber tenido algún problema de salud mental en el último año*. UNICEF España.
<https://www.unicef.es/noticia/adolescentes-manifiestan-problema-salud-mental>
- Fundación ONCE & Fundación AXA (2024). *Barómetro de la soledad no deseada en España 2024*. Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada.
<https://www.soledades.es/estudios/barometro-soledad-no-deseada-espana-2024>
- García, F. M., Calvo-Reyes, M. C., & Rodríguez-Cobo, I. (2020). Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. *Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad*.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Griffiths, S., Harris, E. A., Whitehead, G., Angelopoulos, F., Stone, B., Grey, W., & Dennis, S. (2024). Does TikTok contribute to eating disorders? A comparison of the TikTok algorithms belonging to individuals with eating disorders versus healthy controls. *Body Image*, 51, 101807.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101807>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Diferencias individuales en dos procesos de regulación emocional: implicaciones para el afecto, las relaciones y el bienestar. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

- Gross, J. J. (1998). El campo emergente de la regulación emocional: una revisión integradora. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Hervás, G. & Moral, G. (2017). *Regulación emocional aplicada al campo clínico*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, FOCAD.
- Hidayati, Y. & Nasution, M. I. P. (2025). Fenomena FOMO (Miedo a perderse algo) di Era Digital: Studi tentang Dampaknya pada Gen Z. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 5(3), 1218-1228. <https://doi.org/10.31004/innovative.v5i3.19110>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70864-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3)
- Kross, E., Verduyn, P., Sheppes, G., Costello, CK, Jonides, J., & Ybarra, O. (2021). Redes sociales y bienestar: dificultades, avances y próximos pasos. *Tendencias en ciencias cognitivas*, 25(1), 55-66. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.10.005>
- Liu, X., Liu, T., Zhou, Z., & Wan, F. (2023). El efecto del miedo a perderse algo en la salud mental: diferencias en distintos comportamientos de soledad. *BMC Psychology*, 11(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01184-5>
- Marín, S. B., & García, A. M. (2023). Uso de redes sociales y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos relacionados con la alimentación en España: una revisión sistemática. *Atención Primaria*, 55(11), 102708. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102708>
- McGinnis, P. J. (2004). Social theory at HBS: McGinnis' two FOs. *The Harbus*, 10(5).
- Ministry of Health, Government of Spain. (2023). *Spanish National Health System Annual Report 2023 – Executive Summary*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/Resumen_Ejecutivo_2023_Ingles.pdf
- Montero, M., Lena, L., & Sánchez-Sosa, J. J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud mental*, 24(1), 19-27.
- Moretta, T., Buodo, G., Demetrovics, Z., & Potenza, M. N. (2022). Seguimiento de 20 años de investigación sobre el uso problemático de internet y las redes sociales: modelos teóricos, herramientas de evaluación y una agenda para el trabajo futuro. *Psiquiatría Integral*, 112, 152286. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152286>

- Olhaberry, M., & Sieverson, C. (2022). Desarrollo socio-emocional temprano y regulación emocional. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 358-366. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.06.002>
- Oliva, A., Pertegal, M. Á., Antolín, L., Reina, M. C., Ríos, M., Hernando, A., Parra, Á., Pascual, D., & Estévez, R. (2011). *Desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven: Un estudio en centros docentes andaluces*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. <http://hdl.handle.net/10668/2481>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Spain: Country health profile 2023 (Health at a glance: Europe 2023)*. OECD Publishing. https://health.ec.europa.eu/document/download/4fb13aaa-c338-4661-b46a-b1e8e9bddaf6_en?filename=2023_chp_es_spanish_0.pdf
- Pedrero-Pérez, E. J., Haro-León, A., Sevilla-Martínez, J., & Díaz-Zubiaur, E. (2023). La soledad: asociación con la salud mental en un estudio poblacional. *Psicología Conductual*, 31(3), 463-478. <https://doi.org/10.51668/bp.8323302n>
- Pérez, O. G., & Bello, N. C. (2017). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117. <https://doi.org/10.32870/rmip.vi.312>
- Pineda, D., Valiente, R. M., Chorot, P., Piqueras, J. A., & Sandín, B. (2018). Invarianza factorial y temporal del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2), 109. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.2.2018.21823>
- Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). *Fear of Missing Out Scale (FoMOs)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t23568-000>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Pineda, D. (2012). *Versión española del cuestionario ERQ*. Madrid: UNED.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics (7th ed.)*. Pearson.
- Tanhan, F., Özok, H. I., & Tayiz, V. (2022). Miedo a perderse algo (FoMO): una revisión actual. *Psikiyatrida Guncel Yaklasimlar*, 14(1), 74-85. <https://doi.org/10.18863/pgy.942431>
- Tibber, M. S., Zhao, J., & Butler, S. (2020). The association between self-esteem and dimensions and classes of cross-platform social media use in a sample of emerging adults – Evidence from regression and latent class analyses.

- Computers In Human Behavior*, 109, 106371.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106371>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Türk, F., & Koçyiğit, B. (2025). The Relationship Between Fear of Missing Out and Loneliness Among Adolescents in the Digital Age: The Mediating Roles of Emotion Dysregulation and Social Media Addiction. *Malaysian Online Journal of Educational Technology*, 13(1), 19-36.
<https://doi.org/10.52380/mojet.2025.13.1.566>
- Weiss, R. (1975). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT press.
- World Health Organization. (1998). The World Health Organisation-Five Well-being Index (WHO-5). Geneva (Switzerland): WHO.
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/oms-\(cinco\)-indice-de-bienestar-\(oms-5\).pdf?sfvrsn=ed43f352_11&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/oms-(cinco)-indice-de-bienestar-(oms-5).pdf?sfvrsn=ed43f352_11&download=true)
- Yaben, S. Y. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 8(1), 103-116.
<https://www.redalyc.org/pdf/560/56080109.pdf>