



**Diferencias en la Sintomatología TCA entre Mujeres de Diferentes Orientaciones Sexuales
y su Relación Con La Sensación de Pertenencia Al Colectivo LBGTIQ**

Zoe Cuesta Pelayo

Universidad Pontificia de Comillas

Máster en Psicología General Sanitaria

Director: Pedro María Ruiz de Assín Varela

7 de Mayo de 2022

Resumen

El estudio de la sintomatología asociada a los trastornos de conducta alimentaria (TCA) en mujeres según su orientación sexual es un tema que actualmente se encuentra en discusión por la comunidad científica, existiendo posturas que indican que la prevalencia es mayor en mujeres heterosexuales y otras que esta es mayor en mujeres del colectivo, especialmente en mujeres bisexuales. Según la teoría del estrés minoritario (Meyer, 2003) el sentido de pertenencia a su comunidad actuaría como un factor protector. El objetivo del estudio es analizar cómo afecta la sintomatología TCA (bulimia, dieta, preocupación por la comida y control oral) a las mujeres según su orientación sexual, así como la influencia del sentido de pertenencia a la comunidad LGBTIQ como factor mediador en este proceso. Para ello se ha realizado un estudio ex post facto utilizando una muestra de 356 mujeres cisgénero, 151 heterosexuales, 72 homosexuales, 113 bisexuales y 20 en fase de cuestionamiento. La sintomatología TCA fue medida con el *cuestionario de actitud hacia la comida (EAT 26)* y el sentido de pertenencia con el cuestionario *LGBTQ Belongingness Attainment Scale (BAS)*. Encontramos que el grupo de mujeres bisexuales y questioning (bi+q) es el grupo que más sintomatología TCA presenta. Encontramos una ligera diferencia en el sentido de pertenencia entre mujeres bi+q y homosexuales a favor de estas últimas. El sentido de pertenencia no actuaría como factor mediador entre la orientación sexual y la sintomatología TCA. Se discuten y analizan los resultados basándose en estudios anteriores y se sugieren futuras vías de investigación.

Palabras clave: Mujeres, LGBTIQ, Homosexuales, Bisexuales, TCA, sentido de pertenencia, estrés minoritario.

Abstract

The study of the symptomatology associated with eating behavior disorders (ED) in women according to their sexual orientation is an issue that has not currently been clarified by the scientific community, at one hand, some indicate that the prevalence is higher in heterosexuals and others that this it is greater in sexual minority women, especially in bisexual women. According to the minority stress theory (Meyer 2003), the sense of belonging to their community would act as a protective factor. The objective of the study is to analyze how eating disorder symptoms (bulimia, diet, preoccupation with food and oral control) affect women according to their sexual orientation, as well as the influence of the sense of belonging to the LGBTIQ community as a mediating factor in this process. For this, an ex post facto study has been carried out using a sample of 356 cisgender women, 151 heterosexual, 72 homosexual, 113 bisexual and 20 in the questioning phase. Eating disorder symptomatology was measured with the food attitude questionnaire (EAT 26) and sense of belonging with the LGBTQ Belongingness Attainment Scale (BAS) questionnaire. We found that the group of bisexual+questioning women (Bi+q) is the group that presents the most ED symptoms. We found a slight difference in the sense of belonging between Bi+q and homosexual women in favor of the latter. The sense of belonging would not act as a mediating factor between sexual orientation and eating disorder symptoms. The results are discussed and analyzed based on previous studies and future avenues of research are suggested.

Keywords: Women, LGBTIQ+, Eating disorders, bisexuals, lesbians, sense of belonging, minority stress.

Índice

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Introducción	5
Método	11
Participantes:.....	11
Instrumentos:.....	12
Procedimiento:	15
Variables :	16
Análisis de datos:	17
Resultados	18
Sintomatología TCA.....	18
Sentido de pertenencia	20
Relación entre sintomatología TCA, orientación sexual y sentido de pertenencia (SDP).....	20
Sentido de pertenencia como factor mediador.....	21
Discusión y Conclusiones	22
Referencias.....	29

Introducción

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) así como las conductas que se asocian a dichos trastornos son graves problemas de salud mental que ponen en peligro la vida de aquellos que lo padecen (Convertino et al., 2021) llegando a ser uno de los trastornos que más mortalidad presentan en la actualidad (Arcelus et al., 2011).

A pesar de que puede afectar a todo tipo de personas con independencia de sus características individuales, sociales o culturales (Convertino et al., 2021) históricamente, la mayoría de las investigaciones sobre los síntomas relacionados con los trastornos alimentarios han dado prioridad a las mujeres cisgénero y heterosexuales (Cohn, 2016).

Sin embargo, la investigación reciente se ha centrado en estudiar cómo le afecta la sintomatología TCA a los hombres cisgénero sin explicitar su orientación sexual (Bashill, 2010) así como en hombres de minoría sexual (Bashill, 2014; Calzo, 2017; Feldman y Meyer, 2017; Simone et al., 2019).

El estudio de la prevalencia de los síntomas asociados a los trastornos de conducta alimentaria en la población LGTBIQ es un tema que en los últimos años ha cobrado mucho interés y, actualmente, concentra un gran número de estudios e investigaciones que encuentran correlaciones entre esta sintomatología y la orientación sexual (Dotan, 2021; Hazzard et al., 2020; Mclain y peebles, 2016; Simone, 2020; Kamody et al., 2020).

Dichas investigaciones nos muestran un aumento en la sintomatología TCA en hombres homosexuales (Brennan, 2011; Feldman y meyer, 2007) con una prevalencia comparativamente mayor respecto a hombres heterosexuales. También existen estudios que nos hablan de una prevalencia mayor que en mujeres (Calzo, 2017; Schaefer et al., 2017).

No obstante, la literatura científica no esclarece si existen diferencias significativas entre mujeres dependiendo de su orientación sexual. Hay investigaciones que nos indican que la diferencia no es estadísticamente significativa (Davids y Green, 2011; Feldman y Meyer, 2007; Matthews-Ewald et al., 2014).

Por otro lado, existen otros estudios que sí que encuentran diferencias entre mujeres heterosexuales y mujeres de otras orientaciones. (Calzo, 2018; Dotan, 2021; Parker, 2020; Meneguzzo, 2017).

Dentro de los estudios donde se encuentran diferencias encontramos dos posturas diferentes.

En una parte de ellos encontramos que la prevalencia de sintomatología asociada a TCA es mayor en mujeres heterosexuales (Feldman y Meyer, 2007; Huxley et al., 2015). En la otra parte, son las mujeres de minoría sexual las que presentan una prevalencia de sintomatología TCA comparativamente mayor a la de sus pares heterosexuales (Calzo, 2018; Jones et al., 2018; Parker, 2020; Simone, 2019; Meneguzzo, 2017).

Dentro de este último grupo podemos observar diferencias en la sintomatología dentro de las mujeres del colectivo.

Las mujeres homosexuales parecen presentar mayor prevalencia de sintomatología relativa a atracones (Dotan, 2019; Mason, 2016). Mientras que las mujeres bisexuales y aquellas en fase de cuestionamiento muestran sintomatología tanto de índole restrictiva como purgativa (Dotan, 2019). Siendo este el grupo que más sintomatología TCA concentra (Hazzard, 2020; Mason y Lewis, 2015; Simone, 2019).

A partir de la información expuesta anteriormente, hay autores que han tratado de encontrar una explicación a estas diferencias.

Para comprender que las personas de minoría sexual presentan una prevalencia mayor en sintomatología TCA podemos hacer referencia al modelo del estrés minoritario (Convertino, 2020; Convertino, 2021; Meyer, 2003; Mason y Lewis, 2016; Williams et al., 2017).

El estrés minoritario, según Meyer (2003) es un tipo de presión física, emocional o mental a la que se ve expuesta una persona que forma parte de un grupo social minoritario por parte de la estructura sociocultural mayoritaria. Meyer postula que para el colectivo LGTBIQ el prejuicio y la estigmatización de su identidad puede llevar a problemas de salud mental. El modelo que propone está formado por dos factores:

El estrés minoritario distal que se da por las experiencias discriminatorias que sufre la persona por parte del entorno como consecuencia de la pertenencia de la persona a un grupo de minoría sexual (Meyer, 2003).

El estrés minoritario proximal se debe a los constructos que han sido interiorizados por la persona a partir de su entorno sociocultural, que son la homonegatividad, que hace referencia al proceso de interiorización de la concepción negativa de su orientación sexual; conciencia de estigma, que nos habla de que existe una expectativa de rechazo y ocultamiento de la identidad sexual (Meyer, 2003).

El estrés minoritario funcionaría como un factor de riesgo para desarrollar un trastorno de salud mental (Meyer, 2003). Se ha estudiado en ansiedad social, (Mason y Lewis, 2016) Depresión (Newcomb y Mustanski, 2010; Williams, 2017) o trastorno de la conducta alimentaria (Calzo, 2017; Watson, 2015) entre otros.

Existen numerosos estudios que encuentran correlaciones positivas entre estrés minoritario tanto distal como proximal con sintomatología TCA e insatisfacción con la imagen corporal (Bayer, 2014; Mason y Lewis, 2015; Watson, 2015).

Por el contrario, estudios como el de Mason et al. (2017) nos indican que la teoría del estrés minoritario no es suficiente para entender el riesgo de padecer sintomatología TCA en personas de minoría sexual.

Otro factor que parece actuar como moderador es el grado de pertenencia a una comunidad sexual minoritaria. Meyer (2003) nos habla de que la relación del individuo que sufre estrés minoritario con la comunidad de minoría sexual a la que pertenece actuaría como un factor de protección para las personas del colectivo.

En contraposición, estudios como el de Convertino et al. (2021) y teorías recientes como la de Pachankis et al. (2020) nos hablan de que la relación con la comunidad de minoría sexual podría actuar como un factor de riesgo para desarrollar sintomatología TCA.

La teoría del estrés intraminoritario de Pachankis (2020), la cual nace a partir de la teoría del estrés minoritario de Meyer (2003), expone que, principalmente, los hombres homosexuales y bisexuales están sometidos a una serie de cánones (masculinidad, atractivo y poder adquisitivo elevado) que hacen que se sientan presionados a competir entre ellos para ser valorados por su comunidad (competición intrasexual). Esta sería una posible explicación a la alta prevalencia de sintomatología TCA que presentan los hombres del colectivo frente a hombres heterosexuales.

En mujeres, la literatura es inconclusa, encontrando investigaciones como la de Boyle y Omoto (2014) donde las mujeres de minoría sexual que consideraban que no cumplían los estándares de belleza asociados a su comunidad de minoría sexual tenían más riesgo de padecer ansiedad o depresión.

Por el contrario, otras investigaciones nos hablan de que la relación con la comunidad de minoría sexual afecta positivamente a la disminución de problemas de salud mental en la

población LGTBIQ en el caso de las mujeres (Frost y Meyer, 2012; Heath y Mulligan, 2008; Lambe et al., 2017).

Frost y Meyer (2012) en cuanto a la relación con la comunidad minoritaria diferencian dos factores. La conexión comunitaria; constructo emocional y cognitivo que hace referencia al sentido de pertenencia a una comunidad (Mcmillan y Chavis, 1986) y participación en la comunidad (conductas y comportamientos activos en la misma).

De estas variables, la más estudiada ha sido la de participación en la comunidad, sin embargo, Convertino et al. (2021) sugieren que la conexión comunitaria debería ser estudiada.

La teoría de la pertenencia a una comunidad, según Hagerty et al. (1992) incluye dos factores: a) se refiere a la experiencia de ser necesitado y valorado por otros; b) sus características individuales encajan con la comunidad a la que pertenece.

Desde la teoría de la pertenencia a la comunidad las mujeres homosexuales parecen tener una comunidad más estable que las mujeres bisexuales y questioning (Dotan, 2019; y Hayfield et al., 2014; Heath y Mulligan, 2008; Lambe, 2017; Ross et al., 2010).

Debido a que las mujeres bisexuales tienen una comunidad menos estable el sentimiento de pertenencia a la comunidad LGTBIQ, así como de apoyo es menor frente a mujeres lesbianas (Balsam y Mohr, 2007).

Estudios como el de Hanley y McLaren (2015) han investigado la relación de la sensación de pertenencia a la comunidad en mujeres homosexuales con la sintomatología TCA, concretamente la insatisfacción corporal, encontrando que en estas cuanto mayor era el sentimiento de pertenencia menor era la insatisfacción corporal.

Como ha sido expuesto anteriormente, las mujeres bisexuales y aquellas en fase de cuestionamiento parecen ser los grupos que mayor riesgo presentan a desarrollar sintomatología TCA (Hazzard, 2020; Parker y Harriger, 2020; Simone, 2020).

Esto podría ser explicado porque las personas que se definen como bisexuales, además de estar sometidas al estrés minoritario que afecta a todas las personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual (Meyer, 2003), también parecen sufrir binegatividad, que se refiere a la concepción negativa de la bisexualidad (Dyar, 2016) y bifobia que hace referencia a la discriminación de las personas bisexuales que puede venir tanto de personas heterosexuales como de personas homosexuales (Dotan, 2019).

Por ello, las mujeres bisexuales al presentar una doble estigmatización, al igual que una comunidad más líquida sufren mayor discriminación que sus compañeras lesbianas (Ross et al., 2010).

Este estudio tiene como objetivos examinar la relación de la sintomatología TCA con la orientación sexual en mujeres cisgénero heterosexuales y del colectivo (homosexuales, bisexuales y en fase de cuestionamiento) mediado por su conexión o sentido de pertenencia a su comunidad sexual minoritaria.

Se esperaría encontrar una relación positiva entre una mayor prevalencia de sintomatología TCA en mujeres del colectivo frente a mujeres heterosexuales basándonos en la teoría del estrés minoritario (Meyer, 2003).

Observar si la sintomatología asociada a TCA varía en función de la orientación sexual en las mujeres heterosexuales, homosexuales, bisexuales, y en fase de cuestionamiento.

Se esperaría que existieran diferencias en el tipo de sintomatología que afecta a cada grupo de mujeres, siendo las mujeres bisexuales y aquellas en fase de cuestionamiento las que

concentren un mayor número de síntomas asociados a TCA por la doble estigmatización que sufren estos grupos.

Evaluar si la sensación de pertenencia a una comunidad sexual minoritaria actúa como factor mediador ante la aparición de sintomatología TCA en las participantes y ofrecer una posible interpretación a los resultados.

Se esperaría encontrar una relación inversamente proporcional en las mujeres bisexuales y aquellas en fase de cuestionamiento, donde presenten una menor sensación de pertenencia a su comunidad sexual minoritaria, así como un mayor índice de sintomatología TCA. También se esperaría que las mujeres homosexuales presentasen menor sintomatología TCA así como una mayor sensación de pertenencia a una comunidad, lo que actuase como un factor protector para las mismas.

Método

Participantes:

La muestra ha sido formada por 356 mujeres cisgénero mayores de edad no incapacitadas, de ellas 151 son heterosexuales, 72 homosexuales, 113 bisexuales y 20 en fase de cuestionamiento.

La muestra anteriormente descrita ha sido obtenida por el método no probabilístico de bola de nieve a partir de la difusión de un cuestionario autoinforme online a través de la plataforma Google Forms el cual ha sido distribuido por redes sociales (principalmente Instagram y WhatsApp).

Los criterios de inclusión de los participantes en el estudio fueron los siguientes; identificarse con el sexo *mujer*; identificarse con el género *mujer*; identificarse con una de las

siguientes orientaciones sexuales: a) Heterosexual; b) Homosexual; c) Bisexual; d) no estar segura (en fase de cuestionamiento) y ser mayor de 18 años.

Los participantes dieron su consentimiento para la participación voluntaria y consciente en el estudio. Igualmente, fueron informados de las medidas de protección de datos tomadas por el equipo, que incluían una recogida de información anónima.

Instrumentos:

La recogida de datos se hace a través de los siguientes instrumentos e ítems que han sido adaptados a un cuestionario autoinforme.

Para la recogida de los datos sociodemográficos se han incluido cuatro ítems: 1) Un ítem para la edad, con un rango de cinco respuestas (menor de 18, de 18 a 30, de 30 a 50, de 50 a 70 y más de 70), 2) Un ítem para el sexo, con un rango de tres respuestas (femenino, masculino y una respuesta abierta), 3) Un ítem para género, con un rango de tres respuestas (hombre, mujer y otros), 4) Un ítem para la orientación sexual, con un rango de 4 respuestas (heterosexual, homosexual, bisexual y en fase de cuestionamiento).

Cuestionario de Actitudes hacia la Comida versión reducida de 26 ítems (EAT-26) por Garner y Garfinkel (1982) tomando la adaptación al castellano de Ruiz Lázaro (2010).

Para medir la sintomatología TCA se utiliza este cuestionario que incluye 26 ítems con una respuesta estructurada sobre una escala con 6 posibilidades de respuesta (siempre, muy a menudo, a menudo, algunas veces, raramente, nunca), con una duración de aproximadamente 10 minutos.

Se trata de un test con validez y fiabilidad altas muy empleado en investigación. La versión adaptada al castellano presenta una sensibilidad del 100% y especificidad del 85,6%, consistencia interna ($\alpha = 0,97$) sobre trastornos de conducta alimentaria a nivel subclínico

(Constaín et al., 2014). La fiabilidad del instrumento para la muestra de este estudio fue alta ($\alpha=0,906$)

El EAT-26 mide las conductas y sintomatología asociada a TCA a través de los siguientes constructos (preocupación por la comida; imagen corporal con tendencia a la delgadez; uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos; restricción alimentaria (dieta); comer lentamente; comer clandestinamente; presión social percibida para aumentar peso (Toro et al., 1986)

Estos constructos se engloban dentro de 4 subescalas en la versión reducida: bulimia, dieta, preocupación por la comida y control oral.

Cuestionario LGBTQ Belongingness Attainment Scale (BAS) por Murray y Dailey (2020). En este estudio será aplicada una versión al castellano que ha sido traducida por el equipo para medir el sentido de pertenencia en los grupos de mujeres de minoría sexual.

Este cuestionario se basa en la definición dada por Lee y Robbins (1995) del concepto de pertenencia, el cual se diferencia en tres aspectos principales; compañerismo, afiliación y conexión.

Compañerismo nos habla de la necesidad humana básica de formar relaciones profundas y vínculos con los otros; Afiliación hace referencia a la necesidad humana de relación y socialización con el grupo de iguales; Conexión se utiliza para la necesidad humana de identificarse y sentirse incluido dentro de una comunidad mayor.

Debido a que es una escala muy reciente, ha sido poco usada en investigación (Kia et al., 2021)

Dicha escala ha sido escogida por sus propiedades psicométricas con una fiabilidad de ($\alpha=0.95$) para el concepto de pertenencia, así como un ($\alpha=0.94$) para compañerismo; ($\alpha=0.92$)

afiliación y ($\alpha = 0.89$) para conexión. También presenta una validez de constructo adecuada. El tiempo de aplicación el cual es muy reducido y su nivel de especialización al ser una escala validada concretamente para población LGBTQ. Para nuestra muestra la fiabilidad fue alta ($\alpha = 0,933$).

Por otro lado, también se ha escogido esta escala al no existir una específica, concreta y fiable que mida el sentido de pertenencia en población LGBTQ y que haya sido ampliamente utilizada y reconocida por la comunidad científica. Algunos ejemplos de escalas que se han utilizado en investigaciones previas son:

The psychological Subscale of the Sense of Belonging (Hagerty y Patusky, 1995) ha sido ampliamente utilizada para estudiar el sentido de pertenencia, sin embargo, al no ser una escala enfocada al sentido de pertenencia a la comunidad LGBTIQ, cada estudio que la utiliza crea su propia adaptación de la misma, como es el caso de Hanley y McLaren (2014) que hacen su propia adaptación para la comunidad de mujeres lesbianas. En estos casos dicha adaptación no es adjuntada al estudio por lo que no se puede replicar.

The connectedness to the LGBT Community Scale (Frost y Meyer, 2012) el cual solo mide la subescala de conexión dentro del constructo sentido de pertenencia. También es una escala en inglés la cual ha sido validada para la comunidad LGBT de la ciudad de Nueva York, lo que podría perjudicar a su validez externa.

Al realizar el análisis factorial exploratorio se comprobó el grado de intercorrelación de las variables mediante la prueba de esfericidad de Barlett ($p < 0,001$) así como se utilizó la prueba de KMO ($p = 0,93$) que nos indica que la matriz de correlaciones es robusta y se pueden extraer factores.

La prueba nos indica que el cuestionario se compone de dos factores lo que no coincide con la estructura factorial en el cuestionario original propuesta por los autores. En el cuestionario original los autores sugieren una estructura factorial con tres factores (afiliación, compañerismo y conexión). En el cuestionario traducido los factores de afiliación y conexión se han fusionado creando uno solo, mientras que el factor de compañerismo se ha mantenido como en el cuestionario original.

Debido a las limitaciones que esto conlleva, a la falta de recursos para poder llevar a cabo una investigación más profunda, de las causas de este cambio en la estructura factorial y a las necesidades de la investigación, se ha decidido omitir la estructura factorial y utilizar la puntuación total del cuestionario para medir el *sentido de pertenencia*. Puesto que la correlación interfactores es alta ($p=0,504$) y eso le otorga una validez adecuada para trabajar sobre este constructo.

Procedimiento:

El acceso a la muestra se hizo a través de un cuestionario autoinforme online que fue difundido a través de redes sociales utilizando el método no probabilístico de bola de nieve.

Se contactó con diversas asociaciones relacionadas con el colectivo LGTBIQ prestando su colaboración COGAM, Xega, Galehi, fundación Pedro Zerolo entre otras, con la intención de aumentar el tamaño muestral.

Se realizó una recogida muestral física en diversos puntos de Madrid, destacando los campus de la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad Autónoma de Madrid y la Universidad Pontificia de Comillas

Antes de comenzar con el cuestionario, las participantes fueron informadas del objeto de estudio de la investigación y de su derecho de abandonar el proceso en cualquier momento. Las

participantes dieron su consentimiento a la participación en el estudio al inicio del cuestionario, donde si escogían la opción de “acepto dar mi consentimiento” eran redirigidos al cuestionario. Si escogían la opción “no acepto dar mi consentimiento” su respuesta no era tomada en cuenta.

Para registrar los datos sociodemográficos (sexo, género, orientación sexual y edad) se incluyeron cuatro ítems que han sido definidos anteriormente.

Con los datos obtenidos se formaron cuatro grupos dependiendo de la orientación sexual 1) Heterosexual 2) Homosexual 3) Bisexual 4) Questioning (fase de cuestionamiento). Fueron eliminadas de la muestra los datos de las personas que no cumplían los criterios de inclusión

Debido a que la muestra para el grupo de mujeres questioning era insuficiente (N=20) Se creó un grupo juntando el grupo de mujeres bisexuales con el grupo de mujeres questioning, que ha sido denominado *Bi+Q*.

Se llevaron a cabo los análisis estadísticos descritos en el diseño, los cuales fueron realizados con el programa *Jamovi*.

Todo el procedimiento ha sido revisado y aprobado por la dirección del Máster General Sanitario de la Universidad Pontificia de Comillas.

Variables :

La sintomatología TCA se define por las subescalas que conforman el Eating Attitude Test (EAT-26) que son las siguientes:

Bulimia, dieta, preocupación por la comida y control oral.

Las cuales engloban los siguientes constructos; preocupación por la comida; imagen corporal con tendencia a la delgadez; uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos; restricción alimentaria; comer lentamente; comer clandestinamente; presión social percibida para aumentar peso (Toro et al., 1986)

El sentido de pertenencia a una comunidad es la unión e identificación que puede sentir la persona con otros con los que comparte una o varias características. En esta investigación se estudia el sentido de pertenencia a la comunidad LGTBQ+. Este concepto de pertenencia se diferencia en tres aspectos principales; compañerismo, afiliación y conexión.

Compañerismo nos habla de la necesidad humana básica de formar relaciones profundas y vínculos con los otros. Afiliación hace referencia a la necesidad humana de relación y socialización con el grupo de iguales. Conexión se utiliza para la necesidad humana de identificarse y sentirse incluido dentro de una comunidad mayor.

Análisis de datos:

Utilizaremos un diseño ex post facto transversal, con un análisis de datos basado en los siguientes análisis.

Se emplean cuatro ANOVAS de un factor con variable dependiente bulimia, dieta, preocupación por la comida y control oral, para explorar cómo son esas diferencias entre los grupos.

Se han comprobado las condiciones necesarias de homocedasticidad y normalidad, así como han sido corregidas en caso de no cumplirse con Welch's para la normalidad y Games Howell para la homocedasticidad.

Para ver las diferencias entre el grupo de mujeres heterosexuales y el grupo de mujeres de minoría sexual (homosexuales y Bi+Q) se usa una prueba t de student de medidas independientes

Para analizar el sentido de pertenencia a la comunidad LGTBQ en los grupos de mujeres homosexuales y Bi+Q se utiliza una prueba T de student de medidas independientes.

Para observar la relación que puede existir entre las variables sintomatología TCA, bulimia, dieta, preocupación por la comida, sentido de pertenencia y orientación sexual se emplea un análisis de correlación.

Para estudiar si el sentido de pertenencia actúa como variable mediadora explicando la relación entre la variable dependiente de sintomatología TCA y la variable predictora orientación sexual, se utiliza un análisis de mediación

Por último, se lleva a cabo un análisis factorial exploratorio para estudiar la estructura factorial del cuestionario BAS que tuvo que ser traducido por el equipo.

Resultados

Sintomatología TCA

Como se esperaba se ha encontrado que la sintomatología TCA varía en función de la orientación sexual. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos de mujeres heterosexuales, mujeres homosexuales y mujeres Bi+Q en *bulimia* ($F(2,190)=14,6$, $p<0,001$), *dieta* ($F(2, 194)=7,22$ $p<0,001$), *preocupación por la comida* ($F(2,200)=23,0$, $p<0,001$) y en *control oral* ($F(2,203)=8,28$ $p<0,001$).

Dentro de ello, las mujeres bisexuales y questioning son el grupo más vulnerable, obteniendo puntuaciones mayores a las de sus compañeras

En *bulimia* las mujeres bisexuales y questioning presentarían puntuaciones más altas que sus compañeras, con una diferencia de medias de -0,397 entre el grupo de mujeres homosexuales y el grupo de mujeres bi+q ($t(181)=-5,05$, $p<0,001$) y con una diferencia de medias de -0,298 entre el grupo de mujeres heterosexuales y el grupo de mujeres bi+q ($t(242)=-4,47$, $p<0,001$).

En *dieta* las mujeres bisexuales y questioning presentan mayores puntuaciones que sus compañeras lesbianas con una diferencia de -0306 entre ambos grupos ($t(177)=-3,79$, $p<0,001$).

También podemos observar una tendencia a que las mujeres bisexuales presenten puntuaciones mayores que sus compañeras heterosexuales ($t(257)=-2,35$, $p=0,051$).

En *preocupación por la comida* las mujeres bisexuales presentan puntuaciones más altas que las mujeres heterosexuales ($t(238)=-4,50$, $p<0,001$) con una diferencia de diferencia de media de $-0,344$ y con el grupo de mujeres lesbianas ($t(198)=-6,78$, $p<0,001$) con una diferencia de $-0,567$. El grupo de mujeres heterosexuales ofrece unos resultados significativamente mayores que el grupo de lesbianas.

En *control oral* las mujeres bisexuales tienen una puntuación mayor que las lesbianas ($t(196)=-4,07$, $p<0,001$) con una diferencia de $-0,298$. También hay una tendencia a que las heterosexuales superen a las lesbianas en esta subescala ($t(165)=2,31$, $p<0,057$).

En contraste, no se han encontrado los resultados esperados en el grupo de mujeres homosexuales. Esto implica por una parte que este grupo es el que menos sintomatología TCA presenta. Y que no hemos encontrado diferencias con el grupo de heterosexuales en *bulimia* ($t(137)=1,45$, $p=0,320$), *dieta* ($t(147)=1,95$, $p=0,129$) y *control oral* ($t(165)=2,31$, $p<0,057$).

Sólo se han dado diferencias en el caso de *preocupación por la comida* ($t(158)=3,20$, $p<0,005$) con una diferencia de $0,223$ y ésta ha sido a favor del grupo de mujeres heterosexuales.

En paralelo con lo previamente dicho, queda expuesto en la tabla 1 que no se han encontrado las diferencias esperadas entre el grupo de mujeres heterosexuales y el grupo de mujeres de minoría sexual.

Tabla 1.

Diferencias entre mujeres heterosexuales y mujeres de minoría sexual en sintomatología TCA

	T	gl	p	Diferencia de medias	D.T	D de cohen
TCA	-1.74	354	0.083	-2.11	1.22	-0.182

Nota: Mujeres de minoría sexual=Homosexuales, bisexuales y questioning, TCA= sintomatología TCA

Sentido de pertenencia

Con respecto al sentido de pertenencia a la comunidad LGBTIQ, los resultados obtenidos han ido en la línea de lo esperado ($t(203)=1,84$, $p=0,034$, $d=0,27$) y las mujeres homosexuales ($M=90,5$, $D.T=17,4$) sentirían un mayor sentido de pertenencia que las mujeres bisexuales y questioning ($M=85,2$, $D.T= 20,4$). El tamaño del efecto es bajo ($d=0,27$) y la diferencia de medias es de 5,22.

Relación entre sintomatología TCA, orientación sexual y sentido de pertenencia (SDP)

Se esperaba encontrar una relación entre *TCA*, *orientación sexual* y *sentido de pertenencia*. Como puede observarse en la tabla 2, se ha encontrado esta relación entre *sintomatología TCA general* así como las subescalas que lo conforman (*bulimia*, *dieta*, *preocupación por la comida* y *control oral*) y *orientación sexual*. Vemos una relación menos robusta entre *SDP* y *orientación sexual* así como *sentido de pertenencia* y *control oral*. Contrariamente a lo que se auguraba, no se ha encontrado relación entre *sentido de pertenencia* y *sintomatología TCA general*, aunque existe una tendencia ($p=0,057$).

Otras correlaciones destacables que se han encontrado son entre las variables *bulimia* y *dieta*, *bulimia* y *preocupación por la comida*, *bulimia* y *control oral* y *bulimia* y *TCA*; *dieta* con

preocupación por la comida, dieta con control oral y dieta con TCA; preocupación por la comida con control oral y preocupación por la comida con TCA; entre control oral y TCA.

Tabla 2

Matriz de correlaciones entre la puntuación total de la escala EAT26, las subescalas del mismo y las variables relacionadas con la sintomatología TCA

	BM	DT	PC	CO	SDP	TCA	OS
BM							
DT	0,733***						
PC	0,778***	0,756***					
CO	0,228***	0,284***	0,245***				
SDP	-0.050	-0.095	-0,061	-0,187**			
TCA	0.869***	0,868***	0,888***	0,477***	-0,133		
OS	0.359***	0.269***	0,399***	0,263***	-0,151*	0.396***	

Nota: BM= *Bulimia*; DT=*Dieta*; PC= *Preocupación por la Comida*; CO= *Control Oral*; SDP= *Sensación De Pertenencia*; TCA= *Sintomatología TCA*; OS= *Orientación Sexual*

nota: * = 0.05 ** = 0.01 *** = 0.001

Sentido de pertenencia como factor mediador.

Contrariamente a lo esperado, el *sentido de pertenencia* no parece actuar como un factor mediador para el desarrollo de *sintomatología TCA* (D.T=0,235, Z=0,714, p=0,714; 95% [- 0,375, 0,548]).

Parece que la *sintomatología TCA* se explica por el efecto directo de 9,78 entre esta variable y la variable *orientación sexual* (DT= 1,806, Z=5,414, p<0,001; 95% [6,238, 13,317]).

Al igual que el efecto total es de 9,8636 entre *orientación sexual* y la *sintomatología TCA* con la influencia del *sentido de pertenencia* (D.T= 1,792; Z=5,505; P<0,001; 95% [6,352,13,375]).

En la tabla 3 se exponen los caminos que conforman el análisis de mediación y su relación entre las variables. En ella vemos que el único camino que es estadísticamente significativo es el de orientación sexual sobre la variable sintomatología TCA.

Tabla 3

Caminos que conforman el análisis de mediación

				95% intervalo de confianza			Z	p
		<i>Etiquetas</i>	<i>Estimación</i>	<i>DT</i>	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>		
Orientación sexual	→	SD P a	5.218	2.82 89	10.7 6	0.326 8	1.844	0.06 5
SDP	→	TC A b	0.017	0.04 42	0.10 3	0.070 2	0.373	0.70 9
Orientación sexual	→	TC A c	9.778	1.80 58	6.23 8	13.31 69	5.414	<.00 1

Nota: SDP= Sentido De Pertenencia

Discusión y Conclusiones

La comparación de la sintomatología asociada a los TCA en mujeres de minoría sexual con mujeres heterosexuales es una problemática de la cual aún no se tienen resultados concluyentes. La investigación nos ofrece resultados contrapuestos:

Algunos autores plantean una mayor prevalencia de esta sintomatología en las mujeres heterosexuales.

Otros que son las mujeres de minoría sexual las que más riesgo tienen de presentar sintomatología TCA. Dentro de este grupo, las mujeres bisexuales son las más afectadas.

Esta investigación tenía como objetivo analizar cómo afecta la sintomatología TCA a algunas mujeres del colectivo LGTBIQ, concretamente a las mujeres lesbianas, bisexuales y en fase de cuestionamiento, comparándolo con un grupo de mujeres heterosexuales.

Se hipotetizaba una mayor prevalencia de sintomatología TCA en mujeres de minoría sexual sobre el grupo heterosexual debido al estrés minoritario que estas sufrirían debido a su orientación sexual.

Además, se hipotetizó que las mujeres bisexuales y las questioning serían más vulnerables al presentar sintomatología TCA que los grupos homosexual y heterosexual.

También se plantea una diferencia en el tipo de sintomatología TCA predominante en cada grupo.

Se quiso estudiar el sentido de pertenencia a la comunidad LGTBIQ como la variable protectora frente a la sintomatología TCA. Planteando que los grupos más vulnerables serían las bisexuales y las questioning.

Ante estas hipótesis, los resultados nos indican que existen diferencias en sintomatología TCA entre los grupos de mujeres.

Encontramos que las mujeres bisexuales y las mujeres en fase de cuestionamiento son las que más sintomatología TCA presentan, encontrándose resultados significativos en los cuatro factores que conforman el cuestionario EAT-26.

En bulimia y en preocupación por la comida, las mujeres bisexuales dan resultados significativamente mayores que las mujeres homosexuales y heterosexuales. En dieta y en control oral encontramos resultados significativamente superiores para las mujeres bisexuales y questioning frente a las mujeres homosexuales. En dieta existe una tendencia hacia una diferencia significativa con las mujeres heterosexuales.

Las mujeres heterosexuales muestran mayores puntuaciones en preocupación por la comida que las mujeres homosexuales. En control oral, encontramos una tendencia a que las mujeres heterosexuales superen a las homosexuales.

Estos resultados confirman la hipótesis planteada anteriormente y sugieren que las mujeres bisexuales y questioning tendrían un riesgo más alto de padecer conductas problemáticas con la comida. Como se esperaba, las conductas son tanto restrictivas como purgativas.

También se confirma la hipótesis que propone que las mujeres heterosexuales presentarán más sintomatología de índole restrictivo.

No obstante, no se cumple la hipótesis que planteaba que las mujeres del colectivo presentarían más sintomatología TCA que las mujeres heterosexuales.

Sobre las hipótesis referentes al sentido de pertenencia es importante empezar diciendo que el sentido de pertenencia al colectivo LGTBIQ no se estudió en el grupo de mujeres heterosexuales, puesto que no se consideró relevante al no pertenecer al colectivo LGTBIQ.

Se confirma que existen diferencias en el sentido de pertenencia al colectivo LGTBIQ entre mujeres homosexuales y mujeres Bi+Q, concluyendo que las mujeres homosexuales podrían sentir una mayor pertenencia a esta comunidad. A pesar de ello, esta diferencia es baja ($d=0.3$).

Por último, no se ha confirmado la relación entre sintomatología TCA y sentido de pertenencia, sino que en el análisis que se llevó a cabo se encontró que la sintomatología TCA dependía más de la orientación sexual que del sentido de pertenencia, lo que nos sugiere que existen otros factores de riesgo asociados a una mayor prevalencia de conductas TCA.

Por todo ello, los resultados de esta investigación parecen ir en la línea de estudios como el de Dotan (2019); Hazzard (2020); Mason y Lewis (2015); Parker y Harriger (2020); Simone

(2020) Donde se concluía que las mujeres bisexuales tenían un riesgo más elevado de mostrar sintomatología TCA, y que dicha sintomatología fuera tanto restrictiva como purgativa (Dotan, 2019).

Las mujeres bisexuales y questioning parecen ser el grupo menos protegido. Esto podría deberse a la doble estigmatización que sufre este grupo (Dotan, 2019, Dyar, 2016, Ross et al., 2010). Por una parte, sufren el mismo estrés minoritario que sus compañeras del colectivo, lo que actuaría como factor de riesgo a la hora de padecer diversos trastornos de salud mental, incluido el TCA. Pero también sufren bifobia, un tipo de discriminación que afecta directamente a las personas bisexuales.

Parker y Harriger (2020) mencionan algunos factores de riesgo distales que pueden estar relacionados con la presencia de sintomatología TCA en mujeres bisexuales por su orientación sexual, como son la discriminación, ocultamiento de su orientación sexual, la objetidificación, binegatividad y bifobia internalizada.

Factores que se relacionan con la forma de relacionarse con sus parejas, como la vergüenza frente a su pareja, presión por parte de sus parejas tanto hombres como mujeres, presión de la familia, presión por parte de amigos pertenecientes al colectivo y la presión por tener una determinada apariencia por parte de sus iguales (Parker y Harriger, 2020)

Factores relacionados con la salud mental como la regulación emocional a través de la ingesta de comida, baja autoestima, perfil internalizante (Parker y Harriger, 2020)

Factores relacionados con la imagen corporal como la diferencia entre el peso actual y el peso ideal, cánones de belleza socioculturales internalizados, presión por parte de los medios para ser delgada, internalización del ideal de delgadez e hipervigilancia del peso (Parker y Harriger, 2020)

Sin embargo, lo que parecen tener en común mujeres heterosexuales, hombres homosexuales, hombres y mujeres bisexuales, que son los grupos más vulnerables de desarrollar sintomatología TCA, es el deseo de atraer a los hombres. Según la investigación (Ruiz de Assín Varela et al., 2022) la atracción a los hombres es un factor de riesgo ante el desarrollo de sintomatología TCA, puesto que los hombres le dan una importancia significativamente mayor al aspecto físico y a la forma del cuerpo que las mujeres a la hora de escoger una pareja, las cuales también le dan importancia a la personalidad, nivel socioeconómico o el poder (Siever, 1994).

Esto, junto con el canon de belleza que idealiza la delgadez (Grabe, 2008) posicionan a aquellos que se sienten atraídos por hombres en una posición de vulnerabilidad ante la insatisfacción corporal y el desarrollo de sintomatología TCA.

Al mismo tiempo, las mujeres homosexuales no sentirían esa atracción hacia los hombres y son el grupo que dentro de este estudio menos sintomatología TCA han presentado, lo que refuerza la idea de que la atracción a las mujeres podría ser un factor de protección ante el desarrollo de sintomatología TCA (Alvy, 2013; Strong, 2000).

Los datos obtenidos en relación con el sentido de pertenencia a la comunidad LGBTIQ también parecen ir en la línea de lo que la investigación previa plantea. Parece que las mujeres homosexuales tienen un mayor sentido de pertenencia que las bisexuales y que las mujeres en fase de cuestionamiento, lo que puede deberse a lo que plantean autores como Dotan (2019), Heath y Mulligan (2008); Lambe (2017) o Ross et al. (2010), que sugieren que las mujeres lesbianas tienen una comunidad más sólida.

Sobre la relación entre sintomatología TCA y sentido de pertenencia, podría darse lo que planteaban Hanley y McLaren (2015) sobre una relación inversamente proporcional entre el sentido de pertenencia y la sintomatología TCA. Los resultados obtenidos apuntan hacia ello,

con el grupo de mujeres homosexuales, siendo el que menos sintomatología TCA muestra, y el que más sentido de pertenencia a la comunidad LGTBIQ. No obstante, no se hallan resultados significativos que correlacionen ambas variables ni que indiquen que el sentido de pertenencia actúa como un posible mediador ante el desarrollo de sintomatología TCA.

Parece existir algún factor interviniente en esta diferencia tan significativa entre los grupos de mujeres de minoría sexual que no se debe al sentido de pertenencia a su comunidad, como se hipotetizaba en estudios como el de Convertino (2021), pero podría tener relación otros factores relacionado con la implicación comunitaria.

Si llegamos a entender a la comunidad como un estresor podemos acudir a la teoría del estrés intraminoritario de Pachankis (2020) para estudiar qué factor o factores comunes comparten las mujeres bisexuales que actúa como un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología TCA, dado que, igual que se ha encontrado que en hombres homosexuales la comunidad gay puede llegar a ser negativa debido a la competición intrasexual que se produce (Li et al., 2010), en mujeres bisexuales todavía no contamos con estudios que se centren en estudiar las características propias de esta comunidad y sería interesante de cara a futuras investigaciones.

Las limitaciones con las que cuenta esta investigación son varias y es necesario tenerlas en cuenta pues pueden afectar a la fiabilidad y validez de los datos planteados.

Por una parte, se realizó la traducción de un test con unas propiedades psicométricas adecuadas, pero poco utilizado en investigación y que no había sido validado en la población en la que se desarrolla el estudio, por lo que, desde el equipo, se tuvo que realizar una posterior validación del mismo. Los resultados de esta validación nos indican que la estructura factorial del test varía entre el cuestionario traducido y el cuestionario original, pasando de 3 factores en

el cuestionario original (Afiliación, conexión y compañerismo) a dos en la traducción (Afiliación+ conexión y compañerismo).

Se sugiere que este cambio en la estructura factorial puede deberse a una diferencia en la traducción o bien a que los conceptos de afiliación y conexión en la población donde ha sido validado son entendidos como similares. El estudio de esta pregunta resulta interesante para futuras investigaciones.

Sobre el cuestionario empleado (BAS) se recomienda la validación por un equipo de expertos de este cuestionario a la población española, debido a que por el momento no existen cuestionarios que evalúen el sentido de pertenencia a la comunidad LGTBIQ y podría ser interesante su estudio como un posible factor que influye en el desarrollo de problemas de salud mental.

Por otra, el tamaño muestral puede suponer una limitación para las conclusiones de la investigación, a pesar de llegar a los mínimos requeridos en casi todos los grupos (exceptuando el grupo de mujeres questioning) los resultados podrían haber sido más robustos si el tamaño muestral hubiera sido mayor así como podríamos obtener mejores resultados en aquellos datos que presentan una tendencia.

Con todo esto, este estudio aporta otra visión sobre la forma en la que afectan los trastornos de conducta alimentaria a las mujeres según su orientación sexual, y abre el camino para que otras investigaciones puedan explorar y aportar más información.

Referencias

- Alvy, L. M. (2013). Do lesbian women have a better body image? Comparisons with heterosexual women and model of lesbian-specific factors. *Body Image, 10*(4), 524–534. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.06.002>.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry, 68*, 724. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>.
- Balsam, K. F., & Mohr, J. J. (2007). Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *Journal of Counseling Psychology, 54*(3), 306–319. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.3.306>
- Bayer, V. (2014). Eating disorders in lesbian and bisexual women: Relationship of binge eating to depressive symptoms, shame, distress tolerance, and internalized homophobia (Doctoral dissertation).
- Bergeron, S. M., & Senn, C. Y. (1998). Body Image and Sociocultural Norms. *Psychology of Women Quarterly, 22*(3), 385–401. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1998.tb00164.x>
- Boyle, S. C.; Omoto, A. M. (2014). *Lesbian Community Oughts and Ideals: Normative Fit, Depression, and Anxiety Among Young Sexual Minority Women. Psychology of Women Quarterly, 38*(1), 33–45. doi:10.1177/0361684313484900
- Brennan, D. J., Craig, S. L., & Thompson, D. E. (2012). Factors associated with a drive for muscularity among gay and bisexual men. *Culture, Health & Sexuality, 14*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/13691058.2011.619578>

- Brown, T. A., & Keel, P. K. (2012). The impact of relationships on the association between sexual orientation and disordered eating in men. *International Journal of Eating Disorders*, 45(6), 792–799. <https://doi.org/10.1002/eat.22013>
- Calzo, J. P., Austin, S. B., & Micali, N. (2018). Sexual orientation disparities in eating disorder symptoms among adolescent boys and girls in the UK. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(11), 1483–1490. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1145-9>
- Calzo, J. P., Blashill, A. J., Brown, T. A., & Argenal, R. L. (2017). Eating Disorders and Disordered Weight and Shape Control Behaviors in Sexual Minority Populations. *Current Psychiatry Reports*, 19(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0801-y>
- Cohn, L., Murray, S. B., Walen, A., & Wooldridge, T. (2015). Including the excluded: Males and gender minorities in eating disorder prevention. *Eating Disorders*, 24(1), 114–120. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1118958>
- Constaín, G. A., Ricardo Ramírez, C., Rodríguez-Gázquez, M. D. L. N., Álvarez Gómez, M., Marín Múnera, C., & Agudelo Acosta, C. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención Primaria*, 46(6), 283–289. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>
- Convertino, A. D., Brady, J. P., Albright, C. A., Gonzales, M. IV, & Blashill, A. J. (2021). The role of sexual minority stress and community involvement on disordered eating, dysmorphic concerns and appearance- and performance-enhancing drug misuse. *Body Image*, 36, 53–63. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.006>

- Convertino, A. D., Helm, J. L., Pennesi, J.-L., Gonzales, M. IV, & Blashill, A. J. (2021). Integrating minority stress theory and the tripartite influence model: A model of eating disordered behavior in sexual minority young adults. *Appetite*, *163*, Article 105204. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105204>
- Davids, C. M., & Green, M. A. (2011). A Preliminary Investigation of Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptomatology with Bisexual Individuals. *Sex Roles*, *65*(7–8), 533–547. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-9963-y>
- Donaldson, A. A., Hall, A., Neukirch, J., Kasper, V., Simones, S., Gagnon, S., Reich, S., & Forcier, M. (2018). Multidisciplinary care considerations for gender nonconforming adolescents with eating disorders: A case series. *The International journal of eating disorders*, *51*(5), 475–479. <https://doi.org/10.1002/eat.22868>
- Dotan, A., Bachner-Melman, R., & Dahlenburg, S. C. (2019). Sexual orientation and disordered eating in women: a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *26*(1), 13–25. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00824-3>
- Dyar, C. (2016). *Examining the effects of binegativity on components of sexual identity and internalizing symptomatology among bisexual women using a longitudinal study design* (Doctoral dissertation, State University of New York at Stony Brook)
- Feldman, M. B., & Meyer, I. H. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *The International journal of eating disorders*, *40*(3), 218–226. <https://doi.org/10.1002/eat.20360>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2012). Measuring Community Connectedness among Diverse Sexual Minority Populations. *Journal of Sex Research*, *49*(1), 36–49. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.565427>

- Hagerty, B. M. K., & Patusky, K. (1995). Developing a measure of sense of belonging. *Nursing Research*, 44(1), 9–13. doi:10.1097/00006199-199501000-00003.
- Hagerty, B. M., Lynch-Sauer, J., Patusky, K. L., Bouwsema, M., & Collier, P. (1992). Sense of belonging: A vital mental health concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(3), 172–177. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(92\)90028-h](https://doi.org/10.1016/0883-9417(92)90028-h)
- Hanley, S.; McLaren, S. (2015). Sense of Belonging to Layers of Lesbian Community Weakens the Link Between Body Image Dissatisfaction and Depressive Symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 39(1), 85–94. doi:10.1177/0361684314522420
- Hazzard, V. M., Simone, M., Borg, S. L., Borton, K. A., Sonnevile, K. R., Calzo, J. P., & Lipson, S. K. (2020). Disparities in eating disorder risk and diagnosis among sexual minority college students: Findings from the national Healthy Minds Study. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1563–1568. <https://doi.org/10.1002/eat.23304>
- Huxley, C. J., Halliwell, E., & Clarke, V. (2015). An examination of the tripartite influence model of body image: Does women’s sexual identity make a difference? *Psychology of Women Quarterly*, 39, 337–348. <https://doi.org/10.1177/0361684314554917>.
- Jones, C. L., Fowle, J. L., Ilyumzhinova, R., Berona, J., Mbayiwa, K., Goldschmidt, A. B., Bodell, L. P., Stepp, S. D., Hipwell, A. E., & Keenan, K. E. (2019). The relationship between body mass index, body dissatisfaction, and eating pathology in sexual minority women. *The International journal of eating disorders*, 52(6), 730–734. <https://doi.org/10.1002/eat.23072>
- Jones, R & Malson, H (2013) A critical exploration of lesbian perspectives on eating disorders, *Psychology & Sexuality*, 4:1, 62-74, DOI: [10.1080/19419899.2011.603349](https://doi.org/10.1080/19419899.2011.603349)

- Kamody, R. C., Grilo, C. M., & Udo, T. (2020). Disparities in DSM-5 defined eating disorders by sexual orientation among U.S. adults. *The International journal of eating disorders*, 53(2), 278–287. <https://doi.org/10.1002/eat.23193>
- Kia, H., MacKinnon, K. R., Abramovich, A., & Bonato, S. (2021). Peer support as a protective factor against suicide in trans populations: A scoping review. *Social Science & Medicine*, 279, 114026. doi:10.1016/j.socscimed.2021.11
- Lambe, J., Cerezo, A., & O'Shaughnessy, T. (2017). Minority stress, community involvement, and mental health among bisexual women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(2), 218–226. <https://doi.org/10.1037/sgd0000222>
- Mason, T. B., & Lewis, R. J. (2015). Minority stress and binge eating among lesbian and bisexual women. *Journal of Homosexuality*, 62(7), 971-992.
- Mason, T. B., & Lewis, R. J. (2016). Minority Stress, Body Shame, and Binge Eating Among Lesbian Women. *Psychology of Women Quarterly*, 40(3), 428–440. <https://doi.org/10.1177/0361684316635529>
- Matthews-Ewald, M. R., Zullig, K. J., & Ward, R. M. (2014). Sexual orientation and disordered eating behaviors among self-identified male and female college students. *Eating Behaviors*, 15(3), 441–444. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.05.002>
- McClain, Z; Peebles, R(2016). *Body Image and Eating Disorders Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. Pediatric Clinics of North America*, (), S0031395516410606–.doi:10.1016/j.pcl.2016.07.008
- Meneguzzo, P., Collantoni, E., Gallicchio, D., Busetto, P., Solmi, M., Santonastaso, P., & Favaro, A. (2018). Eating disorders symptoms in sexual minority women: A systematic

- review. *European Eating Disorders Review*, 26(4), 275–292.
<https://doi.org/10.1002/erv.2601>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Murray, J. C., & Dailey, S. F. (2020). Development of the LGBTQ Belongingness Attainment Scale. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 14(2), 100–117.
<https://doi.org/10.1080/15538605.2020.1753622>
- Li, N. P., Smith, A. R., Griskevicius, V., Cason, M. J., & Bryan, A. (2010). Intrasexual competition and eating restriction in heterosexual and homosexual individuals☆. *Evolution and Human Behavior*, 31(5), 365–372.
<https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2010.05.004>
- Parker, L. L., & Harriger, J. A. (2020). Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population: a review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 8(1).
<https://doi.org/10.1186/s40337-020-00327-y>
- Ruiz De Assin Varela, P. M., Caperos, J. M., & Gismero-González, E. (2022). Sexual attraction to men as a risk factor for eating disorders: the role of mating expectancies and drive for thinness. *Journal of Eating Disorders*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00576-z>
- Ruiz Lázaro, P. (2010). Protocolo diagnóstico de la pérdida de peso en la adolescencia. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(61), 4234–4237.
[https://doi.org/10.1016/s0304-5412\(10\)70224-9](https://doi.org/10.1016/s0304-5412(10)70224-9)

- Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2018). Self-objectification and disordered eating: A meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, *51*(6), 483–502.
<https://doi.org/10.1002/eat.22854>
- Siever, M. D. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(2), 252–260
- Simone, M., Askew, A., Lust, K., Eisenberg, M. E., & Pisetsky, E. M. (2020). Disparities in self-reported eating disorders and academic impairment in sexual and gender minority college students relative to their heterosexual and cisgender peers. *The International journal of eating disorders*, *53*(4), 513–524. <https://doi.org/10.1002/eat.23226>
- Strong, S. M., Williamson, D. A., Netemeyer, R. G., & Geer, J. H. (2000). Eating Disorder Symptoms and Concerns About Body Differ as a Function of Gender and Sexual Orientation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *19*(2), 240–255.
<https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.2.240>
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. y Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors, and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, *62*, 61-70. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1989.tb02811.x>
- Watson, L. B., Grotewiel, M., Farrell, M., Marshik, J., & Schneider, M. (2015). Experiences of Sexual Objectification, Minority Stress, and Disordered Eating Among Sexual Minority Women. *Psychology of Women Quarterly*, *39*(4), 458–470.
<https://doi.org/10.1177/0361684315575024>

Williams, S. L., & Mann, A. K. (2017). Sexual and gender minority health disparities as a social issue: How stigma and intergroup relations can explain and reduce health disparities.

Journal of Social Issues, 73(3), 450–461.

Williams, S. L., Mann, A. K., & Fredrick, E. G. (2017). Proximal Minority Stress, Psychosocial Resources, and Health in Sexual Minorities. *Journal of Social Issues*, 73(3), 529–544.

<https://doi.org/10.1111/josi.12230>