



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Desarrollo de TCA, insatisfacción corporal y autoestima en
población LGTBI**

Trabajo de fin de máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Autora: Cristina Abad Ferreiro

Directora: Tatiana Lacruz Gascón

Madrid

Mayo 2023

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son problemáticas muy estudiadas en el campo de la psicología. Variables como la autoestima y la insatisfacción corporal están relacionadas con su desarrollo. Sin embargo, son pocos los hallazgos encontrados en el estudio de estos trastornos en el colectivo LGTBI. El presente estudio tiene como objetivo, debido a la escasez de investigaciones en nuestro país, analizar la relación entre la autoestima, la insatisfacción corporal y el desarrollo de TCA en función de la orientación sexual. Se seleccionó una muestra de 283 participantes, los cuales se dividieron en grupos en función del sexo y la orientación sexual. Se les administró un cuestionario que recogía información sobre autoestima, insatisfacción corporal y síntomas de TCA. Los resultados mostraron una relación significativa entre la insatisfacción corporal y el desarrollo de TCA en función de la orientación sexual. Se recomienda realizar más investigaciones sobre esta problemática en el colectivo LGTBI.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria (TCA), autoestima, insatisfacción corporal, orientación sexual, LGTBI.

ABSTRACT

Eating disorders (ED) are extensively studied issues in the field of psychology. Variables such as self-esteem and body dissatisfaction are associated with their development. However, there is a lack of findings regarding the study of these disorders within the LGBTQ community. The aim of the present study, given the scarcity of research in our country, is to examine the relationship between self-esteem, body dissatisfaction, and the development of EDs based on sexual orientation. A sample of 283 participants was selected, divided into groups according to sex and sexual orientation. They were administered a questionnaire that collected information on self-esteem, body dissatisfaction, and symptoms of EDs. The results revealed a significant

relationship between body dissatisfaction and the development of EDs based on sexual orientation. Further research on this issue in the LGBTQ community is recommended.

Keywords: eating disorders (EDs), self-esteem, body dissatisfaction, sexual orientation, LGBTQ.

Índice

Introducción.....	5
Clasificación de los TCA.....	5
Prevalencias e incidencias	6
Factores etiológicos y factores de riesgo	7
El TCA en población LGTBI	10
Justificación y objetivos	12
Método.....	14
Participantes.....	14
Instrumentos	15
Procedimiento.....	17
Análisis estadísticos.....	18
Resultados.....	18
Primer objetivo	19
Segundo objetivo	21
Tercer objetivo.....	22
Discusión	24
Conclusiones.....	30
Referencias	32
Anexos.....	35
Anexo 1. Cuestionario	35

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (de ahora en adelante, TCA), son trastornos mentales, cuyas características principales son una actitud distorsionada hacia la alimentación y una preocupación extrema por el peso y la imagen corporal. Los TCA producen en la persona que los padece problemas físicos y del funcionamiento psicosocial (Vargas, 2013). Estos trastornos han sido más comunes en mujeres adolescentes, aunque actualmente esto ha cambiado y por tanto no podemos asociarlos con un grupo de edad, sexo o grupo social. (Penna y Sánchez, 2009).

Clasificación de los TCA

Los TCA se clasifican en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) en tres trastornos principales: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, aunque también existen otros menos conocidos y un grupo de TCA no especificados (DSM-5, 2013).

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por una escasa ingesta calórica y un exceso de actividad física. Esta fuerte combinación suele ir acompañada de conductas obsesivas que pueden provocar complicaciones como la desnutrición. Las personas que padecen anorexia suelen tener mucho miedo al aumento de peso, su imagen corporal está distorsionada y suelen presentar dificultad para aceptar que padecen una enfermedad (anosognosia) (Segreda y Segura, 2020).

La bulimia nerviosa (BN) se caracteriza principalmente por conductas de descontrol alimentario por parte de la persona que lo padece en la cual consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo. A continuación, la persona realiza conductas compensatorias para neutralizar esta ingesta, tales como vomitar, hacer ejercicio intenso o tomar laxantes o diuréticos. En función del tipo de conductas

compensatoria que realice la persona, podemos identificar dos tipos de bulimia, la bulimia purgativa, en la cual la persona se provoca el vómito o usa laxantes, y la bulimia no purgativa, en la cual la persona regula la ingesta a través del ayudo o del ejercicio (Calderón et al., 2022).

El trastorno por atracón (TA) se caracteriza por episodios recurrentes de atracones en los cuales la persona realiza una ingesta de alimentos desproporcionada en un periodo de tiempo y siente una clara falta de control sobre lo que está ingiriendo. En este trastorno, no hay relación con una conducta compensatoria posterior (Calderón et al., 2022).

Prevalencias e incidencias

Los TCA son actualmente un grave problema de salud pública ya que presentan una alta prevalencia, incidencia, mortalidad y morbilidad y están relacionados con altas tasas de suicidio. Debido a ello, estos trastornos deben abordarse desde una perspectiva multidimensional (Calderón et al., 2022).

La prevalencia y la incidencia son las mejores medidas para saber la frecuencia de un trastorno o enfermedad. Sin embargo, los datos de prevalencias e incidencias de los TCA varían en función del estudio y la población estudiada (Hoek y van Hoeken, 2003).

La prevalencia se define como el número total de casos en la población (Hoek y van Hoeken, 2003). Un estudio realizado por Swanson et al. (2011) estimó que la prevalencia de vida de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón era de 0.3%, 0.9% y 1.6% respectivamente. La revisión sistemática realizada por Galmiche et al. (2019) indica que la prevalencia para los TCA en general es de 8.4% para las mujeres y 2.2% para los hombres. La prevalencia para la anorexia nerviosa es de 1.4%

para mujeres y 0.2% para hombres; para la bulimia nerviosa, 1.9% para mujeres y 0.6% para hombres; para el trastorno por atracón, 2.8% para mujeres y 1% para hombres.

La incidencia es el número de casos nuevos en la población en un periodo de tiempo concreto (normalmente un año) (Hoek y van Hoeken, 2003). Según un estudio realizado por Sanchez-Ortíz et al. (2016), la incidencia para la anorexia y la bulimia nerviosas es de 8,4 y 3,3 por cada 100.000 habitantes, respectivamente.

Son varios los estudios que indican que la prevalencia e incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria han aumentado con el paso de los años (Galmiche et al., 2019; Ghaderi y Scott, 2001).

Factores etiológicos y factores de riesgo

Respecto a los factores etiológicos, son varios los que están asociados con la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria: factores culturales, familiares, hereditarios, influencia de la sociedad y los medios de comunicación y factores individuales de vulnerabilidad personal (Ortiz et al., 2017). Un estudio realizado por Carretero et al. (2009) evaluó la relevancia de los factores de riesgo en pacientes con TCA. Entre sus hallazgos podemos destacar que las personas con trastornos de la alimentación suelen presentar dificultades en aspectos psicosociales (desconfianza interpersonal e inseguridad social), son perfeccionistas y tienen miedo a la madurez. Además, el perfeccionismo se correlaciona positivamente con la gravedad de la enfermedad.

Entre las múltiples variables relacionadas con el desarrollo de TCA, podemos destacar dos principales, la autoestima y la insatisfacción corporal. Estas variables pueden actuar como factores precipitantes, predisponentes o mantenedores. (Asuero et al., 2012)

El modelo transdiagnóstico de los TCA desarrollado por Fairburn et al. (2003) también indica que detrás de muchos pacientes que sufren algún TCA se encuentran alterados cuatro mecanismos adicionales, que actúan como mantenedores del trastorno. Estos cuatro mecanismos son: la baja autoestima, el perfeccionismo clínico, la intolerancia a los cambios emocionales y las dificultades interpersonales (Celis y Roca, 2011). En la Figura 1 se presenta un gráfico sobre la formulación transdiagnóstica.

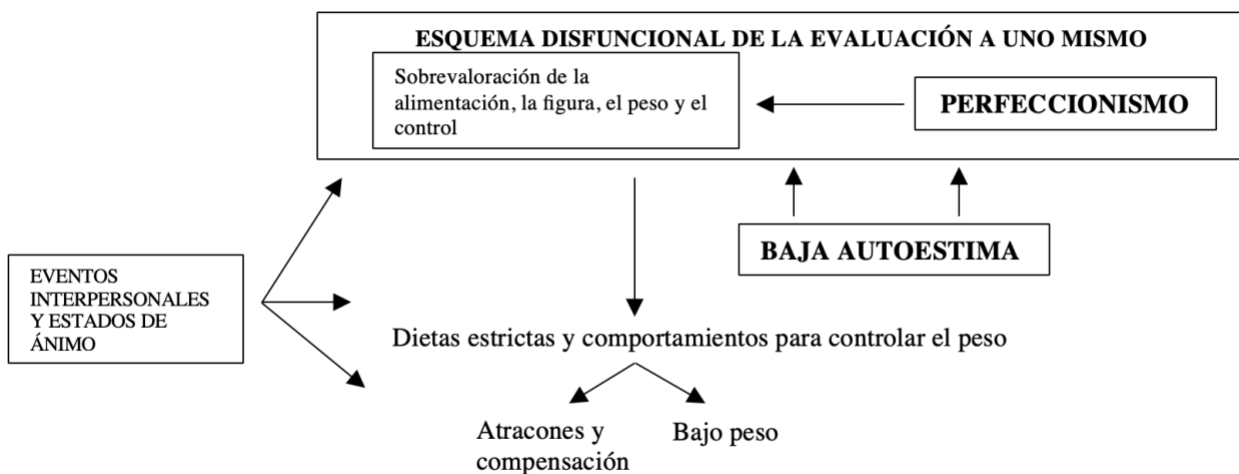


Figura 1. Formulación transdiagnóstica de los TCA (tomado de Fairburn, Zafra y Shafran, 2003).

La autoestima se puede definir como la valoración que hace cada uno de sí mismo. Es un proceso que se va desarrollando a lo largo de toda la vida de la persona, ya que se modifica a partir de las interacciones con otras personas. La autoestima involucra emociones, pensamientos, actitudes y sentimientos. Puede diferenciarse en alta, cuando la persona hace valoraciones positivas de sí mismo o baja cuando estas valoraciones son negativas (Giraldo y Holguín, 2017). La autoestima juega un fuerte papel en el desarrollo de los TCA, siendo una de las principales características que poseen las personas diagnosticadas con algún trastorno de la alimentación. Las personas

con una alta autoestima, sin embargo, muestran actitudes más positivas hacia su propio cuerpo (Moreno y Ortíz, 2009). Los pacientes con TCA, además de tienen una visión negativa de sí mismos como parte de su identidad, obstaculizando el cambio y el tratamiento. Aquellos pacientes que corrigen y mejoran su autoestima obtendrán también mejoras en su recuperación (Fairburn, Zafra y Shafran, 2003).

La insatisfacción corporal puede definirse como la preocupación exagerada por la forma general del cuerpo o alguna parte específica, que produce un gran malestar. En el caso de las mujeres, esta insatisfacción puede generarse debido a las presiones sociales por seguir el canon de belleza, lo que hace que la imagen corporal a seguir de las chicas sea hacia la delgadez. Esto podría explicar por qué la prevalencia es considerablemente mayor en mujeres que en hombres. Esta preocupación por el cuerpo y la apariencia lleva a las personas más preocupadas por su imagen a realizar dietas restrictivas (Ayensa, Grima y Landívar, 2002). La insatisfacción corporal es reconocida como índice pronóstico de trastornos alimentarios, por tanto, una persona con insatisfacción corporal tiene más riesgo de padecer un TCA que una persona que esté satisfecha con su imagen (Behar, Vargas y Cabrera, 2011).

Cabe destacar que todas estas variables están relacionadas entre sí en el contexto de las patologías alimentarias. Behar, Gramegna y Arancibia (2014) hallaron en su estudio que el perfeccionismo se asocia con comportamientos típicos de TCA y media entre la relación de la insatisfacción corporal y el TCA. Además, la insatisfacción corporal comparte variabilidad genética con el perfeccionismo, favoreciendo ambos la baja autoestima.

El TCA en población LGTBI

A pesar de que los TCA son trastornos muy estudiados y de los cuales podemos encontrar gran variedad de investigaciones, son pocos los estudios existentes sobre las diferencias en función de la orientación sexual.

Un estudio realizado por Feldman y Meyer (2007) encontró que los hombres homosexuales y bisexuales (a partir de ahora, hombres LGTBI) presentaban mayor prevalencia en TCA que los hombres heterosexuales. También encontraron que la prevalencia en mujeres lesbianas y bisexuales (a partir de ahora, mujeres LGTBI) era parecida a la de mujeres heterosexuales. Los estudios que relacionan TCA y homosexualidad masculina señalan que éstos pueden ser más susceptibles a desarrollar estos trastornos, lo que explica su mayor prevalencia (Jackson, 2008). Un estudio realizado por Austin et al. (2009) comparó las diferencias en actitudes relacionadas con los TCA (atracones y purgas) en adolescentes de diferente orientación sexual. Sus resultados mostraron que los hombres homosexuales pueden estar expuestos a una mayor presión social y cultural con respecto a su imagen corporal y su apariencia física, lo que explicaría que su riesgo a desarrollar un TCA sea mayor.

Sin embargo, en la literatura existente no se suelen encontrar referencias a los tamaños de efecto de los resultados, y las diferencias en función de la orientación sexual suelen ser pequeñas (Striegel-Moore et al., 2009). Esto puede deberse a que la prevalencia de los TCA en las mujeres suele ser mucho mayor en comparación con la de los hombres, provocando así que las diferencias encontradas en función de la orientación sexual no resulten estadísticamente significativas en la mayoría de los estudios (Austin et al., 2009).

Cuando se comenzó a investigar sobre esta relación, los estudios comparaban ser hombre homosexual con ser mujer, explicando así por qué los hombres homosexuales tienen mayor prevalencia de TCA. Los hombres homosexuales, al igual que las mujeres

heterosexuales, están más insatisfechos con sus cuerpos y tienen autoestima más baja ya que siguen el mismo canon de belleza en el que se busca atraer al hombre mediante la delgadez y el atractivo físico (Siever, 1994). Pero actualmente los estudios intentan llevar a cabo investigaciones más precisas, evitando dejarse llevar por los prejuicios sobre la homosexualidad (Gómez-Peresmitré, 2014).

En cuanto a las variables relacionadas con el desarrollo de los TCA, también parecen existir diferencias en función de la orientación sexual. Un estudio realizado por French et al. (1994) comparó la satisfacción corporal y los comportamientos de alimentación en mujeres y hombres homosexuales y heterosexuales. Sus resultados muestran que la imagen corporal difiere entre la población homosexual y heterosexual. Los hombres LGTBI percibían en sí mismos una peor imagen corporal que los hombres heterosexuales. Sin embargo, en las mujeres LGTBI ocurría el efecto contrario, ellas presentan una imagen más positiva de sí mismas en comparación con las mujeres heterosexuales. Respecto a los comportamientos de riesgo, se encontró que los hombres LGTBI cometían significativamente más actitudes de riesgo que los hombres heterosexuales, como comer compulsivamente o comportamientos purgativos. Este estudio respalda la hipótesis de que la orientación sexual está relacionada con un mayor riesgo de desarrollar insatisfacción corporal y TCA.

La autoestima también parece diferir en función de la orientación sexual. Los hombres homosexuales tienen una autoestima significativamente más baja que los hombres heterosexuales (Cervantes-Luna et al., 2019). Un estudio realizado por Jingchu Hu (2016) sobre la satisfacción con la vida en adultos chinos encontró que la autoestima de los participantes LGTBI era significativamente menor que la de los participantes heterosexuales.

Si bien muchas investigaciones han tratado de encontrar una teoría definitiva que explique por qué los hombres LGTBI están en mayor riesgo de padecer TCA, aun no se ha llegado a una conclusión definitiva. Una de las variables estudiadas para dar explicación ha sido el estigma. Las personas pertenecientes a minorías sexuales sufren altas tasas de discriminación y estigma (Hatzenbuehler, Phelan y Link, 2013). Tal como puede observarse en la Figura 2, las personas que sufren estigma sufren importantes implicaciones relacionadas, entre ellas implicaciones que tienen que ver con la evaluación que hacen sobre ellos mismos, como una visión más negativa de ellos mismos o una identidad ambivalente (Pachankis, 2007).

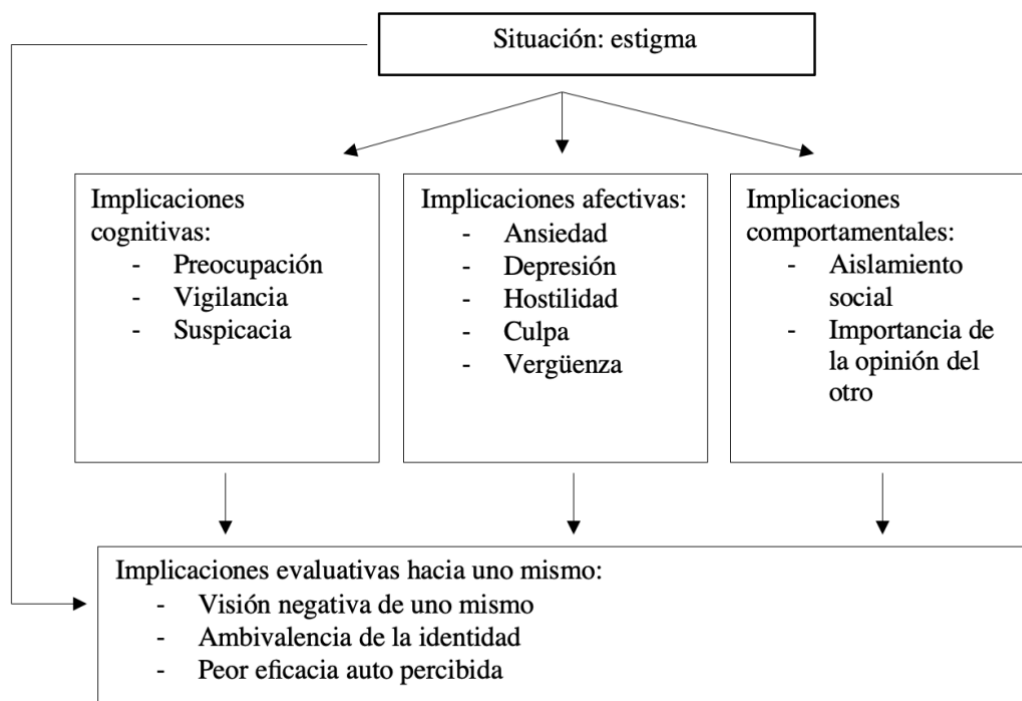


Figura 2. Modelo psicológico de las implicaciones del estigma (tomado de Pachankis, 2007)

Justificación y objetivos

La necesidad de realizar la presente investigación surge debido a la escasa literatura existente sobre la relación existente entre la orientación sexual y el desarrollo de TCA,

así como la escasez de información sobre las diferencias en la autoestima y en insatisfacción corporal en función de la orientación sexual.

El presente estudio tiene como objetivo principal evaluar las variables relacionadas con el desarrollo de TCA en población con distinta orientación sexual.

Para ello se presentan los siguientes objetivos específicos.

1. Analizar si existen diferencias en el desarrollo de TCA en función de la orientación sexual.
2. Comparar los niveles de autoestima de la población heterosexual y LGTBI y comprobar si existen diferencias.
3. Analizar los niveles de insatisfacción corporal de la población heterosexual y LGTBI y comprobar si existen diferencias.
4. Comprobar si la orientación sexual, la baja autoestima y la insatisfacción corporal están relacionadas con el desarrollo de TCA.

A partir de estos objetivos se plantean las siguientes hipótesis. En relación con el primer objetivo encontramos:

- 1- Existirán diferencias significativas en el desarrollo de TCA en población LGTBI frente a la población heterosexual. Se espera que los hombres LGTBI presenten puntuaciones más altas en síntomas de TCA que los hombres heterosexuales. No existirán diferencias en cuanto a las mujeres.
- 2- Existirá relación entre la orientación sexual y el desarrollo de TCA.

En relación con el segundo objetivo encontramos:

- 3- Existirán diferencias significativas en los niveles de autoestima en población LGTBI frente a la población heterosexual. Se espera que los hombres LGTBI presenten puntuaciones más bajas en autoestima que los hombres heterosexuales

y que las mujeres LGTBI presenten puntuaciones más altas en autoestima que las mujeres heterosexuales.

- 4- Existirá una relación inversa entre la autoestima y la presencia de síntomas de TCA.

En relación con el tercer objetivo encontramos:

- 5- Existirán diferencias significativas en los niveles de insatisfacción corporal en la población LGTBI frente a la población heterosexual. Se espera que los hombres LGTBI presenten puntuaciones más altas en insatisfacción corporal que los hombres heterosexuales y que las mujeres LGTBI presenten puntuaciones más altas en insatisfacción corporal que las mujeres heterosexuales.
- 6- Los hombres LGTBI presentarán puntuaciones más altas en la escala preocupación por la figura (subescala del test EDE-Q) que los hombres heterosexuales y las mujeres heterosexuales presentarán puntuaciones más altas que las mujeres LGTBI.
- 7- Existirá una relación directa entre la insatisfacción corporal y la presencia de síntomas de TCA.

Método

Participantes

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó un muestreo de conveniencia por accesibilidad de la investigadora. Se recogió un total de 301 respuestas. Los criterios de inclusión fueron haber aceptado participar voluntariamente en el estudio, ser mayor de 18 años e identificarse como hombre o mujer. Los criterios de exclusión fueron no aceptar participar, ser menor de 18 años e identificarse con otro género que no fuese ni hombre ni mujer (no binario, transexual, género fluido, etc.)

Se obtuvo una muestra total formada por 283 participantes, de los cuales 86 eran hombres (30.4%) y 197 eran mujeres (69.6%). Las edades estaban comprendidas entre 18 y 63 años, siendo 29.1 la media de edad de la muestra (DT = 9.98). En cuanto a la orientación sexual, 175 eran heterosexuales (61.8%), 47 eran homosexuales (16.6%) y 61 eran bisexuales (21.6%). De los 175 participantes heterosexuales, 50 eran hombres (17.7%) y 125 eran mujeres (44.2%); de los 47 participantes homosexuales, 32 eran hombres (11.3%) y 15 mujeres (5.3%); de los 61 participantes bisexuales, 57 eran mujeres (20.1%) y 4 eran hombres (1.4%).

Todos los participantes participaron de forma voluntaria en la investigación.

Instrumentos

Para la recogida de datos de la presente investigación se realizó un cuestionario en Google Forms (ver Anexo 1), el cual estaba formado por dos partes. La primera parte consta de preguntas que recogen datos sociodemográficos: sexo, edad, orientación sexual, estado civil, nivel máximo de estudios y ocupación. La segunda parte está formada por los siguientes instrumentos:

Escala de Autoestima de Rosemberg (RSE) (Rosenberg, 1965). Para este estudio se utilizó la versión traducida al español por Atienza, Balaguer y Moreno (2000). Este cuestionario mide la autoestima a través de 10 ítems que se centran en los sentimientos de aceptación y respeto hacia uno mismo/a. Los ítems se presentan en una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (1 = muy de acuerdo a 4 = muy en desacuerdo), presentándose 5 ítems de manera positiva y 5 ítems de manera negativa. La consistencia interna es alta (alfa de Cronbach = 0.87) así como la fiabilidad temporal (los valores de r oscilan entre 0.72 y 0.74) (Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004).

Body Shape Questionnaire (BSQ) [Cuestionario sobre Forma Corporal] (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Para esta investigación se utilizó la versión adaptada al español por Raich et al. (1996). Este cuestionario evalúa la insatisfacción corporal en mujeres, específicamente, la relación de esta insatisfacción con los trastornos de la conducta alimentaria. Está formado por 34 preguntas, presentadas en formato tipo Likert con 6 opciones de respuesta (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = a veces, 4 = a menudo, 5 = muy a menudo, 6 = siempre). Estas preguntas evalúan 4 factores: insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja autoestima debido a la apariencia y deseo de perder peso). El rango de puntuación total de esta prueba es 34-204. Esta prueba presenta una consistencia interna alta (Alpha de Cronbach = .98) (Baile, Guillén y Garrido, 2002).

Male Body Attitudes Scale (MBAS) [Escala de Actitudes Masculinas hacia el cuerpo] (Tylka, Bergeron y Schwartz, 2005). Para el presente estudio se utilizó la versión validada en población española por Sepúlveda et al. (2017). Este cuestionario mide la insatisfacción corporal en varones a través de dos escalas: una escala mide la preocupación por la musculatura y la otra escala mide la preocupación por la grasa corporal y la altura. El cuestionario consta de 22 ítems que se presentan en formato tipo Likert con 6 opciones de respuesta (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = a veces, 4 = a menudo, 5 = muy a menudo, 6 = siempre). El rango de puntuación total de esta escala es 22-132. Esta escala presenta una consistencia interna alta para la escala total (Alpha de Cronbach = .90), así como para la escala de preocupación por la musculatura ($\alpha = .91$) y la preocupación por la grasa y la altura ($\alpha = .92$) (Sepúlveda et al., 2017).

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE – Q) (Fairburn y Beglin, 1994). Para el presente estudio se utilizó la versión traducida al español por Peláez-

Fernández, 2004) (S-EDE-Q). Este cuestionario es un screening de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Está formado por 36 preguntas y dos preguntas adicionales para las mujeres. El formato de las preguntas varía en función del contenido de cada pregunta (tipo Likert, preguntas de si/no y preguntas de respuesta corta). El cuestionario mide cuatro escalas: restricción, preocupación por comer, preocupación por la figura y preocupación por el peso. La consistencia interna es aceptable para las cuatro escalas, siendo Alpha de Cronbach mayor a .74 en todas ellas. (Peláez-Fernández, Labrado y Raich, 2012).

El cuestionario completo tuvo una duración aproximada de 15 minutos y los participantes lo completaron de manera autoadministrada.

Procedimiento

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario en Google Forms. Dicho cuestionario se difundió por redes sociales (Whatsapp, Instagram y Twitter) y también se pidió a amigos y familiares que pasaran el cuestionario vía Whatsapp a sus conocidos. Se utilizó la técnica bola de nieve durante 1 mes aproximadamente. También se contactó mediante redes sociales (Instagram y Twitter) con asociaciones LGTBIQ+ y se envió el cuestionario y el motivo de la investigación por mensajes directos, para conseguir así aumentar la muestra de personas pertenecientes al colectivo.

El motivo de la investigación y las instrucciones para realizar el cuestionario aparecían al comienzo de este, seguido del consentimiento informado que todos tenían que aceptar para poder realizar el cuestionario.

Se eliminaron 18 sujetos de los 301 que formaban la muestra original debido a que no cumplían los criterios de inclusión, obteniendo una muestra total de 238 participantes.

Una vez cerrado el cuestionario, los datos se pasaron a una plantilla de Excel a través de Google.

Análisis estadísticos

Para el análisis de los resultados se utilizó el programa de análisis estadísticos Jamovi, la versión 2.3.21 para macOS. Se realizaron pruebas paramétricas para los análisis y en todos los casos se comprobó la prueba de Levene para la homogeneidad de varianzas. Cuando esta no se cumplía, se sustituyó la F de Welch por la F de Fisher. Durante todo el estudio se utilizó un nivel de significación de $\alpha = .05$.

Para la división de los sujetos se creó una nueva variable cualitativa, denominada Grupo, con cuatro subdivisiones: grupo HH, formados por hombres heterosexuales; grupo HL, formado por hombres homosexuales y bisexuales; grupo MH, formado por mujeres heterosexuales; grupo ML, formado por mujeres homosexuales y bisexuales.

Para la comprobación del primer y segundo objetivo se realizaron comparaciones de medias, mediante la prueba ANOVA de un factor, una regresión lineal simple y una matriz de correlaciones. Para la comprobación del tercer objetivo se realizaron dos comparaciones de medias mediante dos pruebas t de student, una comparación de medias con la prueba ANOVA de un factor y una matriz de correlaciones.

Resultados

La presente investigación, como se expone al inicio del trabajo, parte de un objetivo general y cuatro objetivos específicos.

A continuación, la Tabla 1 recoge las frecuencias absolutas de las variables sociodemográficas recogidas en la investigación en función de los cuatro grupos

creados (hombres heterosexuales, hombres LGTBI, mujeres heterosexuales y mujeres LGTBI).

Tabla 1

Tabla de frecuencias de las variables sociodemográficas en función del grupo

Variable sociodemográfica	HH	HL	MH	ML
Situación personal				
Casado/a	9	5	16	4
Divorciado/a	0	0	3	0
Soltero/a	19	15	44	26
Tengo pareja	22	16	62	42
Ocupación				
Estudiante	17	5	38	23
Trabajador/a	20	17	43	24
Estudiante y trabajador/a	13	12	41	22
Sin ocupación	0	2	3	3
Nivel de estudios				
ESO	4	2	2	0
Bachillerato	11	3	11	3
Formación Profesional	4	4	6	11
Grado	20	15	44	20
Máster	11	11	59	37
Doctorado	0	1	2	1
Sin estudios	0	0	1	0

Nota. HH hace referencia al grupo de hombres homosexuales; HL al grupo de hombres LGTBI; MH al grupo de mujeres heterosexuales; ML al grupo de mujeres LGTBI.

N = 283; Los participantes tenían una edad media de 29.1 (DT = 9.98).

Primer objetivo. Desarrollo de TCA en función de la orientación sexual.

En relación con la primera hipótesis del primer objetivo y con el fin de comprobar si existen diferencias significativas en el desarrollo de TCA en función de la orientación sexual y el sexo, se realizó un ANOVA de un factor. Los resultados mostraron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los niveles de síntomas de TCA en los diferentes grupos, $F(3, 113) = 7,38, p < ,001$. El análisis post

hoc mostró que los síntomas de TCA fueron significativamente superiores en las mujeres heterosexuales en comparación con los hombres heterosexuales y en las mujeres LGTBI en comparación con los hombres heterosexuales. La Tabla 2 recoge los datos obtenidos con respecto a las diferencias entre los diferentes grupos.

Tabla 2

Resultados de ANOVA para síntomas de TCA en los cuatro grupos

	HH (n = 50)	HL (n = 36)	MH (n = 125)	ML (n = 72)	HH vs. HL	HH vs. MH	HH vs. ML	HL vs. MH	HL vs. ML	MH vs. ML
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Sig.					
Síntomas de TCA	21.1 (24.4)	35.9 (29.2)	40.6 (31.7)	40.9 (33.4)	0.074	<.001	0.001	0.832	0.854	1.000

Nota. HH hace referencia al grupo de hombres homosexuales; HL al grupo de hombres LGTBI; MH al grupo de mujeres heterosexuales; ML al grupo de mujeres LGTBI.

Con respecto a la segunda hipótesis que parte del primer objetivo, se llevó a cabo un modelo de regresión lineal simple, para examinar la existencia de relación entre la orientación sexual y la presencia de síntomas de TCA. La tabla 3 muestra que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la orientación sexual y el TCA, $F(1, 281) = 1.16, p = 0.282$.

Tabla 3

Modelo de regresión lineal

	F	gl1	gl2	Sig.
Orientación sexual - TCA	1.16	1	281	0.282

Segundo objetivo. Nivel de autoestima en función de la orientación sexual.

Para analizar la primera hipótesis del segundo objetivo, se realizó un ANOVA de un factor, con el fin de comprobar si existen diferencias significativas en los niveles de autoestima en función de la orientación sexual. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima en los diferentes grupos, $F(3, 279) = ,307, p = ,82$. La Tabla 4 refleja las puntuaciones medias en autoestima y las desviaciones típicas de los cuatro grupos.

Tabla 4

Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de autoestima en los cuatro grupos

	HH (n = 50)	HL (n = 36)	MH (n = 125)	ML (n = 72)
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)
Autoestima	27.3 (2.56)	26.9 (2.99)	26.9 (2.72)	27.1 (2.34)

Nota. HH hace referencia al grupo de hombres homosexuales; HL al grupo de hombres LGTBI; MH al grupo de mujeres heterosexuales; ML al grupo de mujeres LGTBI.

Se realizó una correlación (ver Tabla 5) para analizar la segunda hipótesis del segundo objetivo, con el fin de analizar la relación entre la autoestima y el desarrollo de síntomas de TCA. Los datos mostraron que no existe una relación estadísticamente significativa entre la autoestima y el TCA, $r = -0.053, p = 0.378$.

Tabla 5

Correlación para las variables Autoestima y TCA

Autoestima – Síntomas de TCA	
R	-0.053
Sig.	0.378

Tercer objetivo. Insatisfacción corporal en función de la orientación sexual.

Para el análisis de la primera hipótesis del tercer objetivo se realizaron dos pruebas, una para comparar la insatisfacción corporal en los hombres y otra para las mujeres. Para ambos análisis se realizó una prueba t de Student. Los datos obtenidos (ver Tabla 6) demuestran que, en el caso de los hombres, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los hombres heterosexuales y los hombres LGTBI, $t(84) = -2,58, p = ,012$. En el caso de las mujeres, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres heterosexuales y las mujeres LGTBI, $t(195) = -0,014 p = ,989$.

Tabla 6

Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de insatisfacción corporal en los cuatro grupos

Hombres (n = 86)	Mujeres (n = 197)	HH (n = = 50)	HL (n = 36)	MH (n = 125)	ML (n= 72)
		Media	Media	Media	Media
		(DT)	(DT)	(DT)	(DT)

Insatisfacción	-2.58	-0.014	60.2	69.7	92.1	92.2
corporal			(16.6)	(17.1)	(35.4)	(36.6)
Sig.	0.012	0.989				

Nota. HH hace referencia al grupo de hombres homosexuales; HL al grupo de hombres LGTBI; MH al grupo de mujeres heterosexuales; ML al grupo de mujeres LGTBI.

Para analizar la segunda hipótesis de este objetivo, se realizó un ANOVA de un factor con el fin de analizar la relación entre la subescala de preocupación por la figura del test EDE-Q y la orientación sexual. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre, al menos, dos de los grupos, $F(3, 279) = 5,93, p < ,001$. Se realizaron pruebas post hoc para analizar las diferencias existentes en los grupos. Según los datos aportados (Tabla 7) se puede observar que existen diferencias de medias estadísticamente significativas entre los hombres heterosexuales y los hombres LGTBI. Además, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres heterosexuales y los hombres heterosexuales y entre las mujeres LGTBI y los hombres heterosexuales.

Tabla 7

Resultados de ANOVA para la preocupación por la figura en los cuatro grupos

	HH (n = 50)	HL (n = 36)	MH (n = 125)	ML (n = 72)	HH vs. HL	HH vs. MH	HH vs. ML	HL vs. MH	HL vs. ML	MH vs. ML
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Sig.					
Preoc figura	9.82 (11)	17.28 (12.8)	18.33 (13.3)	18.83 (14.1)	0.046	<.001	0.001	0.974	0.937	0.994

Nota. HH hace referencia al grupo de hombres homosexuales; HL al grupo de hombres LGTBI; MH al grupo de mujeres heterosexuales; ML al grupo de mujeres LGTBI. Preoc figura hace referencia la subescala preocupación por la figura del test EDE-Q.

Por último, para analizar la última hipótesis de este objetivo, se realizó una matriz de correlaciones a fin de analizar las relaciones entre las variables insatisfacción corporal y síntomas de TCA. Según los datos aportados (ver Tabla 8), la relación entre la insatisfacción corporal y los síntomas de TCA resultó estadísticamente significativa de manera positiva ($r = ,829, p < ,001$), lo que indica que, a mayores puntuaciones en insatisfacción corporal, mayores puntuaciones en síntomas de TCA. Sin embargo, la relación entre la insatisfacción corporal y la autoestima no resultó estadísticamente significativa.

Tabla 8

Matriz de correlaciones de las variables

	IC - TCA	IC - Autoestima
R de Pearson	0.829***	0.006

Nota. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

IC hace referencia a las puntuaciones en insatisfacción corporal.

Discusión

La presente investigación parte del objetivo general de analizar las relaciones existentes entre las variables autoestima, insatisfacción corporal y desarrollo de TCA en función de la orientación sexual. Los resultados aportados muestran que hay relación entre algunas de estas variables.

En cuanto a la primera hipótesis, “existirán diferencias significativas en el desarrollo de TCA en población LGTBI frente a la población heterosexual. Se espera que los hombres LGTBI presenten puntuaciones más altas en síntomas de TCA que los

hombres heterosexuales. No existirán diferencias en cuanto a las mujeres”, se rechaza tras los análisis realizados. Los resultados encontrados parecen indicar que las diferencias hacen referencia al sexo, ya que los grupos en los que se encuentran diferencias estadísticamente significativas son los dos grupos de mujeres, en comparación con el grupo de hombres heterosexuales. Es cierto que, en el estudio de los TCA, la prevalencia de estos trastornos es significativamente superior en mujeres que en hombres, tal como lo corrobora el estudio realizado por Galmiche et al. (2019). Los resultados obtenidos en esta investigación parecen ir en la línea de lo ocurrido con otros estudios, en los que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas debido a que el grupo de comparación de las mujeres suele ser muy grande y suele tener prevalencias mucho mayores (Austin et al., 2009). En la presente investigación, el grupo de mujeres era superior al de hombres, y esta diferencia se hace mayor si sólo lo comparamos con el grupo de hombres LGTBI que, en este caso, era muy reducido.

En cuanto a las diferencias en función de la orientación sexual, y en relación con nuestra segunda hipótesis, “existirá relación entre la orientación sexual y el desarrollo de TCA”, nuestros resultados no muestran que exista esta relación, a diferencia de otros estudios previos, como el de Jackson (2008). Los resultados del nuestro primer objetivo han ido en dirección contraria a lo esperado. Esta discrepancia puede atribuirse a dos posibles factores. En primer lugar, la muestra de sujetos LGTBI es de tamaño reducido, lo cual puede haber generado una falta de representatividad del colectivo LGTBI. Además, es posible que el efecto de deseabilidad social haya influido en los resultados de los test utilizados, lo que potencialmente ha dado lugar a respuestas que no reflejan verazmente las actitudes y comportamientos relacionados con los TCA. Estos comportamientos, que no son considerados como actitudes positivas hacia uno mismo,

podrían haber motivado a los participantes a proporcionar respuestas más positivas en los cuestionarios utilizados.

En cuanto a la tercera hipótesis, “existirán diferencias significativas en los niveles de autoestima en población LGTBI frente a la población heterosexual. Se espera que los hombres LGTBI presenten puntuaciones más bajas en autoestima que los hombres heterosexuales y que las mujeres LGTBI presenten puntuaciones más altas en autoestima que las mujeres heterosexuales”, los resultados del estudio no respaldan esta afirmación. Asimismo, la cuarta hipótesis “existirá una relación inversa entre la autoestima y la presencia de síntomas de TCA”, tampoco se ve apoyada por los resultados aportados, por lo que se rechazan ambas hipótesis. Si bien la autoestima se considera una variable predictora de los TCA, tal y como se presenta en el modelo transdiagnóstico de Fairburn, (2003), es importante destacar que la muestra de este estudio ha podido influir en los resultados obtenidos. Es plausible que la muestra obtenida, al ser elegida por conveniencia de la investigadora, comparta características comunes, como por ejemplo pertenecer a un grupo social o socioeconómico determinado, lo cual podría ejercer influencia en los niveles de autoestima observados. Por tanto, es necesario tener en cuenta la influencia de estas características y no generalizar estos hallazgos.

En relación con la quinta hipótesis, “existirán diferencias significativas en los niveles de insatisfacción corporal en la población LGTBI frente a la población heterosexual. Se espera que los hombres LGTBI presenten puntuaciones más altas en insatisfacción corporal que los hombres heterosexuales y que las mujeres LGTBI presenten puntuaciones más altas en insatisfacción corporal que las mujeres heterosexuales”, los resultados obtenidos verifican esta afirmación, mostrando que existen diferencias en los hombres, pero no en las mujeres, por lo que se mantiene la

hipótesis. Estos resultados van en la línea de lo encontrado por French et al. (1994), quien sugiere que los hombres homosexuales se perciben a sí mismos de una manera más negativa en comparación con los hombres heterosexuales. Además, uno de los aspectos que Fairburn (2003) destaca en su modelo transdiagnóstico de los TCA es el esquema de valoración hacia uno mismo, que incluye la sobrevaloración de la figura y el peso. Según este modelo, el perfeccionismo y la sobrevaloración de la figura estarían directamente relacionados con el desarrollo de síntomas compatibles con los TCA.

En esta línea, nuestra sexta hipótesis, “los hombres LGTBI presentarán puntuaciones más altas en la escala preocupación por la figura (subescala del test EDE-Q) que los hombres heterosexuales y las mujeres heterosexuales presentarán puntuaciones más altas que las mujeres LGTBI”, también se ve apoyada por los resultados obtenidos. Como se esperaba, los hombres LGTBI presentan mayor preocupación por su figura que los hombres heterosexuales. En el caso de las mujeres, tanto el grupo heterosexual como el grupo LGTBI presentan mayor preocupación en comparación con el grupo de hombres heterosexuales, pero no en comparación con el grupo de hombres LGTBI. Estos resultados van en consonancia con lo encontrado previamente en otros estudios, por ejemplo, el estudio realizado por Ayensa, Grima y Landívar (2002) sugiere que las mujeres suelen presentar mayor insatisfacción corporal debido a la presión social y a los cánones de belleza impuestos. En este caso, los hombres LGTBI parecen seguir el mismo patrón que las mujeres, lo cual puede ser la causa de su mayor insatisfacción corporal, tal como sugiere Gómez-Peresmitré (2014) en su estudio sobre el desarrollo de TCA en poblaciones LGTBI. Además, según el modelo propuesto por Pachankis (2007), las personas pertenecientes a una minoría sexual sufren de estigma, que fomenta el desarrollo de implicaciones de autovaloración, como una visión más negativa de uno mismo, que influiría en la insatisfacción corporal.

En cuanto a la última hipótesis de este estudio, “existirá una relación directa entre la insatisfacción corporal y la presencia de síntomas de TCA”, los resultados de esta investigación pueden confirmar esta afirmación y mantienen la hipótesis. En consonancia con todo lo anterior, la insatisfacción corporal es uno de los factores que median en el desarrollo de TCA o en la presencia de síntomas relacionados.

Los resultados encontrados en el presente estudio sugieren que, si bien no se ha encontrado una asociación directa entre la orientación sexual y el desarrollo de síntomas de TCA, si se han encontrado relaciones significativas con variables relacionadas, como la insatisfacción corporal y la preocupación por la figura. Estos hallazgos sugieren que es posible que la orientación sexual por sí sola no prediga un mayor riesgo de padecer TCA, pero cuando se considera en conjunto con otras variables personales, pueda aumentar la probabilidad de su aparición. Por lo tanto, resulta pertinente llevar a cabo más investigaciones en esta línea, a fin de profundizar en las interacciones entre la orientación sexual y los factores de riesgos asociados al desarrollo de los TCA.

La presente investigación no está exenta de limitaciones, las cuales son importante mencionar. En primer lugar, cabe destacar que la muestra es limitada y existen diferencias en los cuatro grupos presentados, siendo los grupos LGTBI menos numerosos que los grupos heterosexuales. Esta disparidad en el tamaño de los grupos ha generado desequilibrios y falta de equivalencia entre ellos. Además, la muestra se recogió de manera aleatoria, a través de la difusión del cuestionario por redes sociales. Estos dos aspectos han podido limitar la validez interna del estudio, lo que ha podido afectar la representatividad de la muestra, más concretamente de la muestra LGTBI.

Asimismo, la validez externa de la investigación está limitada, debido a la falta de control del momento en el que cada sujeto realizó el cuestionario, lo que implica la posibilidad de que estén influenciados por variables desconocidas y contextuales. Cabe

destacar que el cuestionario era extenso, lo cual podría haber generado cansancio o desmotivación en los participantes, afectando la objetividad de las respuestas finales.

En cuanto al cuestionario realizado, podemos encontrar como limitación el uso de dos cuestionarios diferentes para medir la insatisfacción corporal, uno para hombres (MBAS) y otro para mujeres (BSQ). Esta decisión fue necesaria debido a la inexistencia de un cuestionario validado para ambos sexos a la vez. Debido a esto, aquellos sujetos que no se identificaran como hombre o mujer tuvieron que ser excluidos del estudio.

Por último, cabe mencionar como sesgo la falta de control de algunas variables sociodemográficas, como el grupo socioeconómico. Este aspecto ha podido influir en la representatividad de la muestra, debido a la posibilidad de que la muestra elegida tenga, por ejemplo, una autoestima más positiva debido a su estatus social o económico y la orientación sexual no influya.

Estas limitaciones deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados y generalizar los hallazgos de la presente investigación.

De cara a futuras líneas de investigación, resultaría pertinente realizar estudios adicionales en el ámbito de los TCA en población LGTBI. En primer lugar, existen pocos estudios que exploren la relación entre las variables propuestas en esta investigación. Con el creciente aumento de los problemas de alimentación, sería interesante examinar todas las variables relacionadas para comprender mejor esta problemática. Asimismo, resultaría beneficioso profundizar en el vínculo entre los TCA y la orientación sexual a fin de establecer estrategias y recursos de prevención específicos para la comunidad LGTBI. Es conocido que, debido a la discriminación y otros desafíos sociales que enfrentan las personas LGTBI, pueden verse afectados de problemas de salud mental, como la baja autoestima. Sería interesante realizar más estudios en los que la representatividad del colectivo LGTBI fuera mayor. Teniendo en

cuenta las limitaciones derivadas de la presente investigación, sería pertinente realizar investigaciones escogiendo una muestra más representativa del colectivo para poder obtener resultados más válidos y generalizables. Además, debería tenerse en cuenta tanto el tamaño de la muestra como las circunstancias de los sujetos, controlando la mayoría de las variables extrañas posibles. Asimismo, resultaría pertinente controlar otras variables que se han encontrado relacionadas, como el estigma o la discriminación, ya que pueden jugar un papel decisivo a la hora de diferenciar las circunstancias vividas por cada sujeto, así como estudiar de manera más profunda su relación con la insatisfacción corporal y por tanto, con el TCA.

En resumen, se requiere una mayor investigación en el ámbito de los TCA, en particular en relación con la comunidad LGTBI, a fin de abordar de manera efectiva los problemas de salud mental y alimentación que enfrentan estas poblaciones. Los futuros estudios podrían abordar las limitaciones que han aparecido en el presente estudio, utilizando muestras más representativas y considerando el diseño de la investigación y la selección de instrumentos más adecuados.

Conclusiones

Los resultados encontrados en el presente estudio suponen ciertas implicaciones. En primer lugar, la confirmación de la hipótesis de la existencia de diferencias en la insatisfacción corporal en función de la orientación sexual, así como la relación existente entre la insatisfacción corporal y el desarrollo de TCA. Esto corrobora lo encontrado previamente en la literatura y evidencia la necesidad de seguir investigando en esta línea.

Además, debido a la escasez de estudios que investiguen sobre la relación entre la orientación sexual y los TCA, los resultados aportados por este estudio suponen

avances tanto a nivel teórico como práctico. Sin duda, es importante reflexionar acerca de esta problemática e investigar para brindar recursos y ayuda a todos los colectivos.

Por todo lo expuesto anteriormente, considero necesario tener en cuenta la realidad que sufre el colectivo LGTBI y debe tenerse en consideración a la hora de creación de políticas sociales y estrategias, así como brindar apoyo psicológico a modo de prevención de esta problemática.

A modo de conclusión, los resultados de este estudio resaltan la importancia de comprender y abordar los aspectos relacionados con la orientación sexual y los problemas de conducta alimentaria.

Referencias

- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.
- Asuero Fernández, R., Avargues Navarro, M. L., Martín Monzón, B., & Borda Mas, M. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología (Internet)*, 5(2), 39-45. Doi: 10.5231/psy.writ.2012.1007.
- Austin, S. B., Ziyadeh, N. J., Corliss, H. L., Rosario, M., Wypij, D., Haines, J., & Field, A. E. (2009). Sexual orientation disparities in purging and binge eating from early to late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 45(3), 238–245. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.02.001.
- Ayensa, J. I. B., Grima, F. G., & Landívar, E. G. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 439-450.
- Behar, R., Gramegna, G. y Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 52(2), 103-114.
- Behar, R., Vargas, C. y Cabrera, E. (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 49(1), 26-36.
- Calderón, B.I., Bruna, M., Giménez, E., Barrera, C., Orries, G. y Marín, P. (2022). Bulimia y trastorno por atracón. Artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(8). ISSN-e 2660-7085

- Carretero, A., Raich, R.M., Sánchez, L., Rusiñol, J. y Sánchez, D. (2009). Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA. *Clínica y Salud*, 20(2), 145-157
- Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica*, 8(1), 21-33.
- Cervantes-Luna, B. S., Escoto Ponce de León, C., Camacho Ruíz, E. J., & Bosques Brugada, L. E. (2019). Ideales estéticos, imagen corporal, actitudes y conductas alimentarias en hombres con diferente orientación sexual. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 66-74.
- Fairburn, C., Zafra, C. & Shafran, R. (2003). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Feldman, M. B., & Meyer, I. H. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *International journal of eating disorders*, 40(3), 218-226.
- French, S., Story, M., Remafedi, G., Resnick, M. & Blum, R. (1994). Sexual Orientation and Prevalence of Body Dissatisfaction and Eating Disordered Behaviors: A Population-Based Study of Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 119-126.
- Galmiche, M., Déchelotte, P, Lambert, G. & Tavalacci, M. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109, 1402-1413.

- Ghaderi, A. & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 104, 122-130.
- Giraldo, K. P., & Holguín, M. J. A. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista Electrónica Psyconex*, 9(14), 1-9.
- Gómez-Peresmitré, G. (2014). *Imagen corporal y orientación sexual*. Fénix.
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–821. doi:10.2105/AJPH.2012.301069.
- Hoek, H. & van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incident of Eating Disorders. *Int J Eat Disord*, 34(4):383-96. Doi: 10.1002/eat.10222.
- Jackson, C. (2008). *Exploration of factors associated with eating disorders in gay men*. The University of Iowa.
- Moreno González, M. A., & Ortiz Viveros, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200004>
- Ortiz, L.M., Aguiar, C., Samudio, G.C. y Troche, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿una patología en auge? *Pediatría (Asunción)*, 44(1), 37-42. doi: 10.18004/ped.2017.abril.37-42
- Pachankis, J. E. (2008). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133(2), 328–345. doi: 10.1037/0033-2909.133.2.328
- Penna, M. y Sánchez, M. (2009) *A, B, C... Anorexia, bulimia y comedor compulsivo. Manual para docentes*. Manual. Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid. INUTCAM.

- Sánchez-Ortiz V., Munro C., Stahl D., House J., Startup H., Treasure J., Williams C. & Schmidt U. (2011). A randomized controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa or related disorders in a student population. *Psychol Med*, 41(2), 407-417. doi: 10.1017/S0033291710000711.
- Segreda, S. y Segura, C. (2020). Anorexia nerviosa en adolescentes y adultos. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 4(4), 212–226.
<https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i4.199>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.2.252>
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A., & Kraemer, H. C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 471–474.
doi:10.1002/eat.20625.
- Swanson S., Crow S., Le Grange D., Swendsen J. & Merikangas K. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), 714-723. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22.
- Vargas Baldares, M.J. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario

Insatisfacción corporal, autoestima y TCA.

¡Hola! Mi nombre es Cristina Abad, soy estudiante de segundo curso de Máster en la Universidad Pontificia de Comillas y estoy realizando una investigación para mi Trabajo Fin de Máster sobre la relación existente entre la insatisfacción corporal, la baja autoestima y el desarrollo de un posible TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria) y las diferencias en función del sexo y la orientación sexual.

Me ayudaría mucho si puedes rellenar el siguiente formulario, tan sólo te llevará unos 10 minutos aproximadamente.

Antes de comenzar recuerda que:

- El cuestionario es anónimo y confidencial. Los datos serán utilizados únicamente para fines académicos.
- No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas, por ello es importante que respondas con la mayor sinceridad posible.
- El cuestionario es individual, no consultes con otras personas las preguntas o sus respuestas.
- Intenta no dejar ninguna pregunta sin responder. Escoge, en la medida de lo posible, la alternativa que mejor se ajuste a tu situación.

¡Muchas gracias de antemano!

1. Soy mayor de edad, participo voluntariamente en el siguiente estudio y acepto que mis datos serán utilizados únicamente para fines académicos.
 - Sí
 - No

Datos personales

2. Edad:
3. Orientación sexual:

- Heterosexual
 - Homosexual
 - Bisexual
 - No lo sé
 - Otro:
4. Ocupación:
- Estudiante
 - Trabajador/a
 - Estudiante y trabajador/a
 - Sin ocupación
5. Nivel de estudios máximo:
- Sin estudios
 - Educación Secundaria Obligatoria
 - Bachillerato
 - Formación Profesional
 - Grado
 - Máster
 - Doctorado
6. Situación personal:
- Tengo pareja
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Divorciado/a
 - Otro:

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Rosenberg, 1965; Atienza, Balager & Moreno, 2000)

A continuación, figuran unas preguntas. Por favor, léelas detenidamente y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas.

7. Me siento una persona tan valiosa como las otras
- Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Muy de acuerdo
8. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso
- Muy en desacuerdo

- En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Muy de acuerdo
9. Creo que tengo algunas cualidades buenas
- Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Muy de acuerdo
10. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás
- Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Muy de acuerdo
11. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso
- Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Muy de acuerdo
12. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo
- Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Muy de acuerdo
13. En general me siento satisfecho conmigo mismo
- Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Muy de acuerdo
14. Me gustaría tener más respeto por mí mismo
- Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Muy de acuerdo
15. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones
- Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Muy de acuerdo

16. A veces pienso que no sirvo para nada
- Muy en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Muy de acuerdo

Cuestionarios sobre insatisfacción corporal

17. Sexo
- *Si tu respuesta en otro, por favor, indica cuál (no binario, queer, etc.)
- Mujer
 - Hombre
 - No me siento identificado con ninguno
 - Otro:

Body Shape Questionnaire (BSQ) [Cuestionario sobre Forma Corporal] (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987; Raich et al., 1996)

A continuación, figuran unas preguntas que intentan medir la insatisfacción corporal.

Por favor, léelas detenidamente e indica con qué frecuencia le ocurre.

18. ¿Se sintió enfadada al hacer un examen sobre su figura?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
19. ¿Se sintió tan preocupada por su figura que pensó que debería ponerse a dieta?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
20. ¿Pensó que sus nalgas, caderas o muslos eran demasiado grandes en relación al resto de su cuerpo?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces

- A menudo
- Muy a menudo
- Siempre

21. ¿Sintió temor a volverse gorda (o engordar)?

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- A menudo
- Muy a menudo
- Siempre

22. ¿Se sintió preocupada porque su carne no era lo bastante firme?

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- A menudo
- Muy a menudo
- Siempre

23. ¿La sensación de plenitud (por ej. después de una comida abundante) le hizo sentirse gorda?

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- A menudo
- Muy a menudo
- Siempre

24. ¿Se sintió tan mal en relación con su figura que tuvo que gritar?

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- A menudo
- Muy a menudo
- Siempre

25. ¿Evitó el correr a causa de que su carne podía tambalearse?

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- A menudo
- Muy a menudo
- Siempre

26. ¿El hecho de estar junto a una mujer delgada le hizo a usted tomar conciencia sobre su figura?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
27. ¿Se sintió preocupada sobre la parte de sus muslos que quedan visibles al sentarse?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
28. ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida le hizo usted sentirse gorda?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
29. ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra mujer le hizo sentir la suya comparada desfavorablemente?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
30. ¿El hecho de pensar sobre su figura interfirió en su capacidad para concentrarse (por ej. mientras veía la televisión, leía o escuchaba una conversación)?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo

- Siempre
31. ¿El estar desnuda (por ej. al tomar un baño) le hizo sentirse gorda?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
32. ¿Evitó ponerse ropas que realzaban su figura corporal?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
33. ¿Imaginó el desprenderse de determinadas zonas de su cuerpo?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
34. ¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico le hizo a usted sentirse gorda?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
35. ¿No asistió a reuniones sociales (por ej. fiestas) a causa de que se sintió mal con su figura?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre

36. ¿Se sintió excesivamente gruesa y rechoncha?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
37. ¿Se sintió avergonzada de su cuerpo?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
38. ¿La preocupación sobre su figura le hizo estar a dieta?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
39. ¿Se sintió más feliz con su figura cuando su estómago estaba vacío (por ej. por la mañana)
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
40. ¿Pensó que la causa de su figura era la falta de autocontrol?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
41. ¿Se sintió preocupada porque otras personas vieran michelines en su cintura o estómago?
- Nunca

- Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
42. ¿Sintió que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que usted?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
43. ¿Vomitó con la intención de sentirse más ligera?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
44. ¿En compañía de otras personas, se sintió preocupada por el hecho de ocupar demasiado espacio (por ej. sentada en un sofá o en el asiento del autobús)?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
45. ¿Se sintió preocupada por el hecho que se le formen hoyuelos en la piel?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
46. ¿El verse reflejada (por ej. en un espejo o un escaparate) le hizo sentirse mal con su figura?
- Nunca
 - Raramente

- Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
47. ¿Pellizcó zonas de su cuerpo para ver cuanta grasa contienen?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
48. ¿Evitó situaciones donde otras personas podrían haber visto su cuerpo (por ej. vestuarios comunitarios o piscinas)?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
49. ¿Tomó laxantes para sentirse más ligera?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
50. ¿Tomó especial conciencia de su figura en compañía de otras personas?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo
 - Siempre
51. ¿La preocupación sobre su figura le hizo sentir que debía hacer ejercicio?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - A menudo
 - Muy a menudo

- Siempre

Escala de Actitudes Masculinas hacia el cuerpo (MBAS) (Sapúlveda et al., 2017; Tylka, Bergeron & Schwartz, 2005).

A continuación, figuran unas preguntas que intentan medir la insatisfacción corporal.

Por favor, léelas detenidamente e indica con qué frecuencia le ocurre.

52. Creo que tengo muy poco músculo en mi cuerpo
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
53. Creo que mi cuerpo debe estar más delgado
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
54. Desearía que mis brazos fueran más fuertes
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
55. Me siento satisfecho con la definición de mis abdominales (ej. músculos del abdomen)
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
56. Creo que mis piernas no son lo suficientemente musculosas
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente

- Habitualmente
 - Siempre
57. Creo que mis pectorales deben ser más anchos
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
58. Creo que mis hombros son demasiado estrechos
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
59. Me preocupa que mi estómago sea demasiado flácido
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
60. Creo que mis brazos deben ser más grandes (ej. más musculosos)
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
61. Me siento insatisfecho con la constitución global de mi cuerpo
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
62. Creo que mis gemelos deben ser más grandes (ej. Más musculosos)
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente

- Habitualmente
 - Siempre
63. Creo que tengo demasiada grasa en mi cuerpo
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
64. Creo que mis abdominales no son lo suficientemente delgados
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
65. Creo que mi espalda debe ser más ancha y definida
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
66. Creo que mis pectorales deben ser más anchos y más definidos
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
67. Me siento satisfecho con la forma de mis brazos
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
68. Me siento satisfecho con el tamaño y la forma de mi cuerpo
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente

- Habitualmente
 - Siempre
69. El haber comido dulces, pasteles u otros alimentos con alto contenido calórico ¿te ha hecho sentir gordo o débil?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
70. ¿Te has sentido alguna vez excesivamente grande o redondo)? (ej. gordo)
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
71. ¿Te has sentido avergonzado del tamaño o forma de tu cuerpo?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
72. Ver tu reflejo (por ejemplo, en el espejo o en la ventana), ¿te ha hecho sentir mal acerca de tu tamaño y figura?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre
73. ¿Has estado tan preocupado acerca del tamaño y forma de tu cuerpo que has sentido que deberías de hacer dieta?
- Nunca
 - Raramente
 - Algunas veces
 - Frecuentemente
 - Habitualmente
 - Siempre

Beglin, 1994).

Este cuestionario evalúa los hábitos y estilos de alimentación. Las siguientes preguntas se refieren al último mes o los últimos tres meses. Lee cada pregunta con atención e indica el número que corresponda. Es importante que contestes a todas las preguntas.

No hay respuestas buenas o malas, sino que es tu propia respuesta la que cuenta.

74. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Has intentado limitar deliberadamente la cantidad de comida que comes para que influya en tu silueta o peso?
- Ningún día
 - 1-5 días
 - 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
75. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Has pasado por períodos de 8 o más horas de vigilia sin comer nada para que influya en tu silueta o peso?
- Ningún día
 - 1-5 días
 - 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
76. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Has intentado evitar comer algunos alimentos que te gustan para que influya en tu silueta o peso?
- Ningún día
 - 1-5 días
 - 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
77. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Has intentado seguir reglas determinadas en tu alimentación destinadas a influir en tu silueta o peso; por ejemplo, limitar calorías, la cantidad total de ingesta, o normas como cuánto o cuándo comer?
- Ningún día
 - 1-5 días

- 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
78. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Has deseado que tu estómago esté vacío?
- Ningún día
 - 1-5 días
 - 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
79. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado como, porejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?
- Ningún día
 - 1-5 días
 - 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
80. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Has tenido miedo de perder el control sobre la comida?
- Ningún día
 - 1-5 días
 - 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
81. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Has tenido episodios de atracones?
- Ningún día
 - 1-5 días
 - 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
82. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Has comido en secreto (exceptuando atracones)?
- Ningún día

- 1-5 días
 - 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
83. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Has tenido un claro deseo de tener el vientre plano?
- Ningún día
 - 1-5 días
 - 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
84. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Pensar en la silueta o el peso ha interferido con tu capacidad de concentrarte en cosas en las que estás interesado, como, por ejemplo, leer, ver la TV o seguir una conversación?
- Ningún día
 - 1-5 días
 - 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
85. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Has sentido un claro temor de engordar o de convertirte en obeso/a?
- Ningún día
 - 1-5 días
 - 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
86. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Te has sentido gordo/a?
- Ningún día
 - 1-5 días
 - 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
87. Cuántos días en los pasados 28 días... ¿Has sentido un fuerte deseo de perder peso?

- Ningún día
 - 1-5 días
 - 6-12 días
 - 13-15 días
 - 16-22 días
 - 23-27 días
 - Todos los días
88. En los últimos tres meses... ¿Cuántas veces te has sentido culpable después de comer por el efecto que pueda tener en tu silueta y peso (exceptuando atracones)?
- Ninguna vez
 - Alguna vez
 - Menos de la mitad de las veces
 - La mitad de las veces
 - Más de la mitad de las veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
89. En los últimos tres meses... ¿Ha habido veces en las que has sentido que has comido lo que para otras personas es una cantidad anormalmente grande de comida en esas circunstancias?
- Sí
 - No
90. En caso afirmativo: ¿Cuántas veces a la semana han tenido lugar como promedio estos episodios de sobreingesta?:
91. En caso afirmativo: ¿Durante cuántos de estos episodios de sobreingesta has tenido la sensación de perder el control sobre lo que comías?:
92. En los últimos tres meses... ¿Ha habido otros episodios en los que has tenido la sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad anormalmente grande en esas circunstancias?
- Sí
 - No
93. En caso afirmativo: ¿Cuántas veces han tenido lugar estos episodios?:
94. En los últimos tres meses... ¿Te has provocado el vómito para controlar tu figura o tu peso?
- Sí
 - No
95. En caso afirmativo: ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio?:
96. En los últimos tres meses... ¿Has tomado laxantes para controlar tu figura o tu

peso?

- Sí
- No

97. En caso afirmativo: ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio?:

98. En los últimos tres meses... ¿Has tomado diuréticos para controlar tu figura o tu peso?

- Sí
- No

99. En caso afirmativo: ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio?:

100. En los últimos tres meses... ¿Has realizado ejercicio enérgico para controlar tu figura o tu peso?

- Sí
- No

101. En caso afirmativo: ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio?:

102. En los últimos tres meses... ¿Ha influido tu peso en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?

- 1) Nada en absoluto
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6) Marcadamente

103. En los últimos tres meses... ¿Ha influido tu figura en cómo te has juzgado a ti mismo/a como persona?

- 1) Nada en absoluto
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6) Marcadamente

104. En los últimos tres meses... ¿en qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?

- 1) Nada en absoluto
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6) Marcadamente

105. En los últimos tres meses... ¿en qué grado has sentido insatisfacción por tu peso?

- 1) Nada en absoluto
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)
 - 6) Marcadamente
106. En los últimos tres meses... ¿en qué grado has sentido insatisfacción por tu figura?
- 1) Nada en absoluto
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)
 - 6) Marcadamente
107. En los últimos tres meses... ¿en qué grado te ha preocupado que otra gente te vea comer?
- 1) Nada en absoluto
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)
 - 6) Marcadamente
108. En los últimos tres meses... ¿En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, en el espejo, reflejado de un escaparate, cuando te desvistes o te duchas?
- 1) Nada en absoluto
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)
 - 6) Marcadamente
109. En los últimos tres meses... ¿En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas?
- 1) Nada en absoluto
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)
 - 6) Marcadamente
110. *Contestar sólo si tienes la menstruación. ¿Has tenido alteraciones en la menstruación en los últimos 3 meses?
- Sí
 - No

111. *Contestar sólo si tienes la menstruación. En caso afirmativo:
¿Cuántos meses consecutivos te ha faltado la menstruación?

- 1 mes
- 2 meses
- 3 meses
- Más de tres meses
- Otro:

¡Muchas gracias por tu participación!