



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

# RELACIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL CON SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA EN FUNCIÓN DEL ESTATUS SENTIMENTAL

Autor: Pedro María Ruiz de Assín Varela

Director: Elena Gismero González

Tutor Metodológico: Jose Manuel Caperos Montalbán

Madrid  
Mayo 2016

Pedro María  
Ruiz de Assín  
Varela

**RELACIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL CON SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA EN  
FUNCIÓN DEL ESTATUS SENTIMENTAL**



## RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo de este estudio era investigar la relación entre la orientación sexual y la sintomatología alimentaria en función del estatus sentimental. Las personas que por su orientación sexual se sintieran atraídas por hombres (mujeres heterosexuales y hombres gay) podrían estar en mayor riesgo de padecer sintomatología alimentaria que los atraídos por mujeres (hombres heterosexuales y mujeres lesbianas). Este efecto sería más evidente en aquellos sujetos abiertos a atraer posibles parejas. **Método:** Se trabajó con una muestra no aleatoria de 295 sujetos [130 hombres (44,1%) y 165 mujeres (55,9%); 173 (58,6%) atraídos por hombres (61 hombres y 112 mujeres) y 122 (41,4%) por mujeres (69 hombres y 53 mujeres); y 144 (48,8%) abiertos a encontrar pareja y 151 (51,2%) no abiertos]. Todos ellos cumplimentaron tres subescalas del EDI-2 ('DT: Búsqueda de la Delgadez', 'BD: Insatisfacción Corporal' y 'B: Bulimia'), una medida de satisfacción con estatus relacional y otra de importancia dada a atraer a otras personas. **Resultados:** Las personas atraídas por hombres puntuaron más alto en todas las subescalas pero estar abierto a tener pareja no resultó significativo para DT y se asoció con puntuaciones más bajas en BD y B. Así mismo, la satisfacción correlacionó negativamente con sintomatología alimentaria pero la importancia de atraer a otros sólo con BD y B. **Discusión:** Sentirse atraído por hombres parece ser un factor de riesgo para la sintomatología alimentaria, pero no está claro el efecto del estatus sentimental.

*Palabras clave: sintomatología alimentaria, orientación sexual, estatus sentimental.*

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to investigate the relationship between sexual orientation and eating symptomatology depending on the relationship status. People that were attracted by men (heterosexual women and gay men) may be at increased risk for eating symptoms that those who were attracted by women (heterosexual men and lesbians). This effect would be more apparent in those subjects open to attract potential mates. **Method:** We worked with a non-random sample of 295 subjects [130 men (44.1%) and 165 women (55.9%); 173 (58.6%) attracted to men (61 men, 112 women) and 122 (41.4%) women (69 men and 53 women); and 144 (48.8%) open to have a partner and 151 (51.2%) not open]. All of them completed a survey consisting of three subscales of the EDI-2 ( 'DT: Drive for Thinness' 'BD: Body Dissatisfaction' and 'B: Bulimia'), a measure of satisfaction with relational status and another of importance given to attract others. **Results:** People who were attracted by men scored higher on all subscales but being open to having a partner was not significant for DT and was associated with lower scores on BD and B. Likewise, satisfaction negatively correlated with ED symptoms but the importance of attracting others only did it with BD and B. **Discussion:** Feeling attracted to men appears to be a risk factor for ED symptoms for both sexes, but the effect of emotional status remains unclear.

*Keywords: eating symptomatology, sexual orientation, relationship status.*

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son problemas graves y de difícil curación que afectan a un número creciente de personas en el mundo (Smink, Van Hoeken y Hoek, 2013). Aunque pueden presentarse en individuos con características muy diversas (Hoek, 2014), es cierto que estas patologías, así como niveles subclínicos de las mismas, aquejan de manera especial a determinados subgrupos de personas. En concreto, numerosos estudios han encontrado diferencias en función del género, la edad, la etnia o la orientación sexual (e.g. Austin, Nelson, Birkett, Calzo y Everett, 2013).

En lo tocante a esta última variable, hay una asociación establecida en la literatura desde hace tiempo entre desórdenes alimentarios y orientación sexual (Meyer, Blisset y Oldfield, 2001). Esto resulta ser cierto tanto para trastornos de la alimentación en sentido estricto como para sintomatología aislada o niveles subclínicos (Matthews-Ewald, Zullig y Ward, 2014). No obstante, tal relación parece modularse en función del sexo de la persona.

Con respecto a los hombres que padecen trastornos de la alimentación, es importante tener en cuenta que, tal y como afirman Strother, Lemberg, Stanford y Turberville (2012, p. 346), se trata de un colectivo 'infradiagnosticado, infratratado e incomprensido'. Estudios demográficos llevados a cabo en USA han encontrado que los trastornos de alimentación tienen una prevalencia entre los hombres del 0.3% (anorexia), 0.5 (bulimia) y 2% (trastorno por atracón), frente al 0.9, 1.5 y 3.5% respectivamente de las mujeres (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007). Así mismo, otros estudios estiman que los hombres suponen aproximadamente entre un 10% (Weltzin, 2005) y un 25% (Hudson et al., 2007) del total de pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, con más pacientes bulímicos que anoréxicos, lo que se traduciría en un total de un millón de varones aquejados por estos trastornos (The National Institute of Mental Health, 2008) aunque según otros autores el número podría ser superior (Strother et al., 2012).

Con estos datos en la mano, la investigación en trastornos de la alimentación se ha centrado, tradicionalmente, en las mujeres. No obstante, esto ha empezado a cambiar en los últimos tiempos, con más estudios dedicados a explorar cuestiones específicas de los TCA en la población masculina (Harvey y Robinson, 2003; Jones y Morgan, 2010). Entre las variables que se analizan destaca la orientación sexual (e.g. Austin et al., 2004; Boroughs y Thompson, 2002; Carper, Negy y Tantleff-Dunn, 2010; Cella, Iannaccone, Ascione y Cotrufo, 2010; Conner, Johnson y Grogan, 2004; Dakanalis et al., 2012; Duggan y McCreary, 2004; Kaminski, Chapman, Haynes y Own, 2005; Martins, Tiggemann y Kirkbride, 2007; Pope, Philips y Olivardia, 2000; Whichstrom, 2006; Yelland y Tiggemann, 2003).

En efecto, la orientación sexual ha emergido en los últimos años, como un factor de riesgo robusto en el origen y desarrollo de trastornos de la alimentación en población masculina (Jones y Morgan, 2010). En esta línea, y si bien, tal y como aclara Morgan (2008), la mayoría de los pacientes TCA no son homosexuales y la mayoría de homosexuales no tienen TCA, los estudios sugieren que un número desproporcionado de los varones afectados por estos trastornos son homosexuales y bisexuales.

Así, parece existir una sobrerrepresentación de varones homosexuales en muestras clínicas de TCA (e.g. Boisvert y Harrell, 2009; Hospers y Jansen, 2005; Russell y Keel, 2002). Concretamente, ya en el año 2000, Strong, Williamson, Netemeyer y Geer hallaron que la proporción de hombres homosexuales con sintomatología alimentaria era hasta 10 veces mayor que en hombres heterosexuales (10 y 1%, respectivamente). Así mismo, Feldman y Meyer (2007) revisando trabajos anteriores encuentran que entre un 14 y un 42% de los hombres que buscan tratamiento por un trastorno de la conducta alimentaria se identifican como homosexuales o bisexuales (Carlat, Camargo y Herzog, 1997; Herzog, Norman, Gordon y Pepose, 1984; Olivardia, Pope, Mangweth y Hudson, 1995 citados en Feldman y Meyer, 2007) frente al 3% estimado de la población general (Laumann, Gagnon, Michael y Michaels, 1994 citado en Feldman y Meyer, 2007).

Es importante recalcar, además, que esta sobrerrepresentación no parece deberse a algún sesgo a la hora de buscar tratamiento porque los estudios comunitarios también encuentran esta misma relación entre homosexualidad masculina y TCA (Beren, Hayden, Wilfley y Grilo, 1996; Martins, Tiggemann y Kikbride, 2007; Siever, 1994 y Silberstein et al., 1996, citados en Brown y Keele, 2012) y que la asociación orientación sexual-TCA es independiente del riesgo de padecer otros trastornos mentales (Russell y Keele, 2002).

En conclusión, y aunque el grado y la naturaleza exacta de esta relación aun no se conoce con exactitud y probablemente varíe en función de otros parámetros, tomados en su conjunto estos datos parecen indicar que los hombres homosexuales estarían en mayor riesgo de padecer TCA que los heterosexuales. Esto es, que algo relativo a la orientación sexual incrementa el riesgo de padecer TCA en los hombres (Boisvert y Harrell, 2009; Hospers y Jansen, 2005; Russell y Keele, 2002).

En lo que respecta a las mujeres, como se comentó más arriba, se sabe que ellas tienen más riesgo que los hombres de padecer un trastorno de la conducta alimentaria. También es un hecho que la investigación se ha centrado tradicionalmente más en este colectivo que en los hombres.

Sin embargo, y a pesar de todo ello, en lo tocante a la relación entre orientación sexual y TCA, se sabe más acerca de los hombres que de las mujeres (Bankoff y Pantalone, 2014).

En efecto, y al contrario de lo que ocurría en el caso de los hombres, donde los resultados de las distintas investigaciones eran esencialmente concordantes, el estudio de la relación orientación sexual y TCA en mujeres aporta evidencia aparentemente contradictoria:

- En un principio, varios estudios parecían concluir que la pertenencia a una minoría sexual podría llegar a ser un factor protector frente a TCA en mujeres, pues encuentran menores niveles de sintomatología en este colectivo al compararlo con mujeres heterosexuales (e.g. Strong et al. 2000). Estos hallazgos iniciales han encontrado apoyo en investigaciones más recientes. Por ejemplo, Alvi (2013), analizando específicamente la imagen corporal, encontró que aunque los problemas de autoimagen eran comunes en las mujeres, aquellas que se identificaban como lesbianas presentaban menos insatisfacción corporal y una figura ideal menos delgada. Owens, Hughes y Owens-Nicholson (2003) también se ocupan de la imagen corporal pero ampliaron el estudio a las actitudes frente al peso y a la comida encontrando un efecto protector similar en todas las variables. Finalmente, Polimeni, Austin y Kavanagh (2009), en un trabajo que contaba con una gran muestra de mujeres australianas, hallaron que las lesbianas eran menos propensas a tener problemas de imagen corporal, estar preocupadas por el peso o llevar a cabo conductas de dieta o control de peso.

- Otros investigadores, sin embargo, no encuentran grandes variaciones en sintomatología TCA entre mujeres con distintas orientaciones. Por ejemplo, Feldman y Meyer (2007), al analizar la prevalencia de trastornos alimentarios, no hallaron diferencias significativas entre mujeres heterosexuales, bisexuales y lesbianas. Tampoco las encuentran Moore y Keel (2003) al estudiar específicamente los síntomas bulímicos en función de la orientación sexual. En la misma línea, Davids y Green (2011) tampoco observan variaciones sistemáticas en insatisfacción corporal entre orientaciones sexuales en mujeres, mientras que Share y Mintz (2002) detectan algunas diferencias en sintomatología TCA entre mujeres lesbianas y heterosexuales (por ejemplo, las lesbianas tenían mayores niveles de autoestima en lo relativo a su atractivo sexual y mostraban una menor internalización de los criterios sociales de belleza) pero ninguna en lo tocante a desorden en la ingesta, satisfacción con el peso o la condición física. Finalmente, Morrison, Morrison y Sager (2004) hacen una revisión de 27 estudios sobre este tema y concluyen que aunque existe una ligera mejora en satisfacción corporal entre las mujeres lesbianas en comparación con las heterosexuales, ésta es muy pequeña.

- En tercer lugar, algunos autores apoyan la idea de que la orientación sexual minoritaria, lejos de ser un factor de protección, puede llegar a representar un riesgo añadido en mujeres, especialmente en lo tocante a sintomatología del espectro bulímico/trastorno por atracón. Austin et al. (2013), por ejemplo, trabajando con una amplia muestra de adolescentes, encontraron que las mujeres que se identificaban como lesbianas o bisexuales presentaban mayor probabilidad de incurrir en conductas purgativas y consumo de pastillas para adelgazar. Las bisexuales, además, tenían más riesgo de padecer obesidad. En la misma línea, Wichstrom (2006) observó que tener experiencias sexuales con otras mujeres funcionaba como predictor de síntomas bulímicos en chicas adolescentes. Otros estudios han encontrado resultados parecidos (Austin et al., 2004, 2009; Boehmer, Bowen y Bauer, 2007; Boehmer y Bowen, 2009). De hecho, en una revisión de la literatura en este campo llevada a cabo por Bowen, Balsam y Ender (2008) se encontró que de los 15 estudios analizados que comparaban mujeres lesbianas y heterosexuales, nueve mostraban mayores niveles de sobrepeso u obesidad entre las primeras.

- Finalmente, otras investigaciones presentan un escenario más complejo y encuentran que no existe una relación unívoca entre orientación sexual minoritaria y sintomatología TCA en mujeres, sino que ésta variaría en función de que se hable de mujeres homosexuales o bisexuales y del tipo de sintomatología evaluada. Así, por ejemplo, tanto Koh y Ross (2006) como Polimeni et al., (2009) encontraron que las mujeres heterosexuales tenían mayor probabilidad de padecer un TCA que las lesbianas y menos que las bisexuales. Por su parte, Nelson, Castonguay y Locke (2011) hallaron niveles de sintomatología similares entre mujeres heterosexuales y bisexuales pero estas puntuaciones eran significativamente mayores que las de las mujeres lesbianas. Finalmente, Moore y Keele (2003) no hallaron diferencias entre mujeres hetero y homosexuales en variables tales como 'bulimia', 'insatisfacción corporal' o 'preocupación por el peso', pero sí en 'búsqueda de la delgadez' y en 'ejercicio' (donde la población heterosexual obtenía puntuaciones más altas).

Todos estos resultados evidencian la necesidad de seguir estudiando la relación entre orientación sexual y TCA en mujeres.

En conjunto, pues, parece que una orientación sexual minoritaria es un factor de riesgo para los varones y, tal vez, de protección para las mujeres, si bien en este último caso los resultados recientes son contradictorios. Ahora bien, ¿cómo se explican estos fenómenos?

Una de las interpretaciones clásicas, surgida para explicar el caso de la homosexualidad masculina, es la de que, cuando, a causa de la orientación sexual, el objeto sexual de interés es un hombre existe una mayor presión para adecuarse a un modelo físico concreto (el socialmente

considerado 'atractivo'), lo que a la larga puede poner a las personas en riesgo de desarrollar sintomatología alimentaria (Brand et al., 1992; Siever, 1994). Así, Siever (1994) sugirió que los hombres gays pretenden atraer sexualmente a otros hombres y en ese sentido serían objeto del mismo tipo de demandas y presión a las que están sometidas las mujeres heterosexuales. En concreto, tenderían a ver sus propios cuerpos como objetos sexuales que deben cumplir unos ciertos estándares relativamente rígidos, y, en consecuencia, al igual que les ocurre a las mujeres heterosexuales, serían más propensos a experimentar insatisfacción corporal. Por el contrario, cabría hipotetizar que las mujeres lesbianas no tendrían esa presión y por eso podrían estar más protegidas, tal y como lo están los hombres heterosexuales.

En efecto, numerosos estudios muestran que los hombres, con independencia de su orientación sexual, dan más importancia que las mujeres al aspecto físico a la hora de seleccionar pareja (e.g. Legenbauer et al., 2009; Tiggermann, Martins y Kirkbride, 2007; Yelland y Tiggermann, 2003). Esta tendencia masculina a primar la apariencia incrementa la importancia de mantener un físico 'deseable' si se está interesado en los hombres como pareja sentimental o sexual, lo que, eventualmente, podría llevar a los hombres gays (así como a las mujeres heterosexuales) a internalizar estos ideales, volviéndoles más vulnerables a trastornos del espectro TCA (Brown y Keele, 2012, 2013).

Consistente con esta idea es el hecho de que la investigación muestre que el ideal de cuerpo masculino en la población homosexual implica una combinación de delgadez y muscularidad difícilmente alcanzable (Boroughs y Thompson, 2002; Martins et al., 2007; Tiggermann et al., 2007; Yelland y Tiggermann, 2003). Así mismo, numerosos estudios han encontrado un mayor énfasis en la apariencia física en su propia autoevaluación entre los hombres gay que los heterosexuales (e.g. Epel, Spanakos, Kasl-Godley y Brownell, 1996 citado en Brown y Keel, 2013). Todos estos factores colocan a los hombres gay en una posición de gran vulnerabilidad frente a los problemas alimentarios (Yelland y Tiggermann, 2003).

Por el contrario, y siempre siguiendo la hipótesis de Siever, en las mujeres lesbianas, que no están interesadas en atraer a los hombres como pareja sentimental o sexual, debería darse el fenómeno contrario y encontrarse un menor grado de preocupación por el aspecto físico, más cercano al presente entre los varones heterosexuales. En este sentido, trabajos como los de Alvy (2013), Owens, Hughes y Owens-Nicholson (2003), Polimeni et al. (2009) o Strong et al. (2000) que encuentran menos sintomatología TCA en mujeres lesbianas que en heterosexuales podrían explicarse desde esta perspectiva.

Si esta hipótesis fuera cierta y el deseo de atraer a otros hombres como parejas sexuales llevara a un incremento de la probabilidad de sintomatología TCA en hombres homosexuales y mujeres heterosexuales, entonces el estatus relacional debería ser una variable moduladora. Desde las premisas de la hipótesis de Siever, el estatus relacional sería un factor importante para estos colectivos porque aquellas personas que estuvieran en una relación (especialmente si la relación es estable y satisfactoria) deberían estar menos preocupadas por atraer a otros hombres. En este sentido, analizar la relación entre orientación sexual, estatus y sintomatología TCA podría arrojar luz sobre la hipótesis de Siever (Brown y Keele, 2012, 2013).

Resulta interesante observar, a este respecto, que, tal y como señalan Brown y Keele (2012), la mayoría de los estudios centrados en la relación entre TCA y orientación sexual en hombres han seleccionado muestras de hombres muy jóvenes, más tendentes a estar solteros o en relaciones relativamente poco comprometidas. Por ejemplo, la serie de trabajos liderados por Austin (Austin et al., 2004; Austin et al., 2009; Austin et al., 2013) se centran en población adolescente, y otros muchos, como los de Carper et al. (2010), en estudiantes universitarios. Por el contrario, varias investigaciones han explorado los trastornos de la alimentación en función del estatus relacional en mujeres heterosexuales, quienes, como se vio, podrían estar sometidas al mismo tipo de presión para adaptarse a un determinado ideal físico con el fin de atraer a una pareja sentimental. Los resultados muestran que las mujeres casadas tienen menos sintomatología TCA, de lo que se infería que estar en una relación estable podría, efectivamente, funcionar como factor de protección (e.g. Keel, Baxter, Heatherton y Joiner, 2007; Vogeltanz-Holm et al., 2000).

Parece oportuno, por tanto, investigar la interacción de orientación sexual, estatus relacional y TCA. En concreto, unos resultados similares a los obtenidos en mujeres heterosexuales en población masculina homosexual apoyarían la hipótesis de Siever de un incremento de riesgo de TCA en poblaciones que busquen atraer a hombres como parejas sexuales o sentimentales. Específicamente, se esperaría que los niveles de sintomatología fueran significativamente mayores en aquellos hombres gay que no tuvieran pareja que en los que sí tuvieran. Paralelamente, si comparásemos hombres solteros hetero y homosexuales la diferencia en sintomatología debería ser mayor que si se comparara hombres en pareja de una u otra orientación.

Siguiendo esta lógica, y con respecto a las mujeres, si Siever está en lo cierto, al comparar mujeres solteras homo y heterosexuales deberían tener más sintomatología éstas últimas. Además, no debería haber grandes diferencias entre lesbianas con o sin pareja pero sí entre mujeres heterosexuales emparejadas y solteras.

Todas estas consideraciones resultan sumamente importantes a la hora de entender los mecanismos subyacentes a la relación orientación sexual-TCA y, de ser ciertos, tendrían aplicaciones relevantes tanto para la prevención y promoción de la salud como para la terapia. No obstante, pocos estudios hasta la fecha han tenido en cuenta de manera expresa el estatus relacional (ni el grado de compromiso y satisfacción con la relación) a la hora de analizar la relación orientación sexual-TCA.

Con respecto al estatus relacional, Cella et al. (2010) encontraron que los hombres homosexuales que no estaban en una relación estable puntuaban más alto en todas las variables de sintomatología alimentaria evaluadas [el Eating Disorders Inventory 2 (EDI 2); el Eating Disorders Inventory 2 - Symptom Checklist (EDI-SC) y el Body Uneasiness Test (BUT)] que aquellos que sí lo estaban.

Brown y Keele (2012, 2013), por su parte, también encontraron que el estatus relacional moderaba el efecto de la orientación sexual sobre la aparición de sintomatología TCA en hombres, pero sólo en determinados grupos de edad y para determinados síntomas. En concreto, estar en una relación funcionaba como factor de protección para los varones homosexuales que tuvieran entre 30-50 años, pero no en los más jóvenes (20-30). No obstante, incluso en este subgrupo el efecto no era global, pues si bien sí afectaba a variables como motivación para adelgazar y conductas de dieta, no lo hacía en comportamientos bulímicos.

Por otro lado, en lo relativo a la satisfacción con la relación, algunos estudios han encontrado un vínculo entre baja satisfacción y sintomatología TCA (Arcelus, Yates y Whiteley, 2012) pero ninguno hasta Brown y Keele (2012; 2013) lo habían relacionado con la orientación sexual. Lo que hallaron estos autores fue que la satisfacción con relaciones románticas moderaba la asociación orientación sexual-síntomas bulímicos (a mayor satisfacción, menor sintomatología) pero no afectaba a la motivación para adelgazar o las conductas de dieta. Es decir, que su efecto sobre la sintomatología TCA era el contrario al de la variable estatus relacional.

En definitiva, se puede afirmar que hasta la fecha hay solo evidencia muy limitada y parcial que apoye la propuesta de Siever, pero tampoco hay datos suficientes en sentido contrario como para descartarla. En efecto, la falta de estudios y los resultados no concluyentes que éstos aportan hacen que resulte necesario continuar investigando en esta área, con el fin de lograr una mejor comprensión de la interacción orientación sexual-TCA. El presente trabajo busca contribuir a ese entendimiento.

En concreto, y en base a toda esta información, esta investigación busca cubrir los siguientes objetivos:

1. Aportar más evidencia en torno a la relación orientación sexual-TCA

La orientación sexual minoritaria parece ser un factor de riesgo en el caso de los hombres pero no hay datos en población española y no está claro su papel en el caso de las mujeres.

Lo que se espera encontrar, de acuerdo con la literatura precedente, es que los hombres homosexuales presenten más sintomatología alimentaria que los heterosexuales. En el caso de las mujeres, no hay acuerdo en la literatura del efecto de la orientación sexual pero siguiendo la lógica de Siever debería encontrarse que las mujeres lesbianas presentan menos sintomatología TCA que las heterosexuales.

2. Analizar, en base a la hipótesis de Siever, la relación entre estatus relacional y sintomatología TCA.

Hay pocos trabajos en la literatura que aborden esta cuestión, especialmente con mujeres o con población española. Además, frente a esfuerzos anteriores aquí se ofrece un diseño con un espectro más amplio de posibilidades en lo relativo a orientación sexual y a estatus relacional, y se añade un ítem que mide la satisfacción con la situación sentimental (sea la que sea) y otro para la importancia atribuida a atraer sexualmente a otras personas.

Los resultados esperados serían:

- Con respecto al estatus relacional, que tener pareja exclusiva o no estar interesado en tenerla debería funcionar como factor protector en todos los casos, especialmente para hombres gay y mujeres heterosexuales.
- En lo tocante a la satisfacción se espera que a mayor satisfacción, menos sintomatología alimentaria, sobre todo en los subgrupos más vulnerables (hombres gay y mujeres hetero).
- En relación a la importancia atribuida a atraer a otros sexualmente, a mayores puntuaciones en esta variable debería encontrarse mayor sintomatología TCA, fundamentalmente en mujeres heterosexuales y hombres gay.

En definitiva, se pretende con este trabajo contribuir al avance en el estudio de todas estas cuestiones, lo que –entendemos- tendría valiosos efectos tanto en el ámbito de la psicología teórica como en el de la aplicada. Para empezar, porque permitiría lograr un mejor conocimiento del estado de la cuestión TCA-orientación sexual pues aportaría evidencia para seguir manteniendo como factible o falsar –según los resultados- la hipótesis explicativa de Siever. Y en segundo lugar, porque este conocimiento tendría implicaciones relevantes para la prevención y promoción de la salud, así como para la práctica clínica.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

En la investigación participaron 310 sujetos. De ellos, 15 (7 hombres y 8 mujeres) declararon sentirse normalmente atraídos por ambos sexos (es el caso de 3 hombres y 7 mujeres), o bien por ninguno (4 hombres y una mujer), siendo demasiado pocos sujetos para analizarlos por separado y no pudiendo incorporarlos en los otros grupos por riesgo de contaminar los resultados por lo que fueron excluidos de los análisis. En consecuencia, la muestra final queda constituida por 295 personas.

De estos 295 sujetos, 130 (44,1%) son hombres y 165 (55,9%) mujeres (Tabla 1). Todos los participantes tenían entre 25 y 35 años ( $M = 29,92$ ,  $DT = 3,72$ ). Se impusieron estos límites para tener una muestra más homogénea. En cuanto a la franja de edad escogida, aunque la mayor parte de las investigaciones en TCA se centran en población muy joven (e.g. Austin et al., 2004; Austin et al., 2009; Austin et al., 2013), en edades más avanzadas también se encuentra sintomatología alimentaria relevante (e.g. Bueno et al., 2014). Además, este trabajo buscaba analizar el efecto modulador de las relaciones sentimentales y se ha observado que las relaciones más estables tienden a formarse en etapas de la vida relativamente tardías. En concreto, la investigación ha encontrado que la veintena es un periodo de transición en este sentido (Korovov y Thorne, 2006). Esto podría ser particularmente cierto para la comunidad homosexual en la medida en que su proceso de identificación sexual y formación de parejas sentimentales es más lento, por motivos tales como la presión social y familiar o la posibilidad de acceso a parejas potenciales (Tharinger y Wells, 2000), por lo que esta franja de edad parecía apropiada.

Así mismo, 173 (58,6%) participantes se declaran atraídas principalmente por hombres (61 hombres y 112 mujeres) y 122 (41,4%) por mujeres (69 hombres y 53 mujeres). Las proporciones de orientación sexual no son representativas de la población general ya que se realizó un muestreo intencional dirigido a asegurar que todas las categorías de estudio estuvieran representadas. En concreto, para garantizar el acceso a población homosexual se solicitó la colaboración (a título individual, no institucional) de personas involucradas en distintas actividades y asociaciones del ámbito LGTB.

Los sujetos podían adscribirse a su vez a cuatro grupos en función del estatus relacional:

- Con pareja exclusiva: se tiene una relación monógama (141 sujetos, 47,8%)
- Con pareja abierta: se tiene pareja pero el sujeto mantiene o puede mantener, sabiéndolo su pareja o no, relaciones con terceros (28 sujetos, 9,5%),
- Sin pareja pero abierto a tenerla: no tiene pareja estable pero está receptivo a mantener relaciones sentimentales o sexuales (116 sujetos, 39,3%)
- Sin pareja y no abierto a tenerla: no tiene pareja ni sentimental ni sexual y no quiere tenerla por el momento (10 sujetos, 3,4%).

Estas cuatro categorías se agruparon en dos categorías de trabajo: ‘Abierto a encontrar pareja’ que agrupa al 48,8% de los sujetos (144 participantes), compuesto por las personas en relación abierta y los solteros receptivos a tener pareja, y ‘No abierto a encontrar pareja’ (151, 51,2%), que resulta de sumar las personas en una relación exclusiva con aquellas que están solteras y no manifiestan ningún interés en tener relaciones.

**Tabla 1.**  
*Características de la muestra*

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>	Hombre	130	44,1
	Mujer	165	55,9
<b>Atraído por</b>	Hombres	173	58,6
	Mujeres	122	41,4
<b>Estatus Relacional</b>	No Abierto a Encontrar Pareja	151	51,2
	Abierto a Encontrar Pareja	144	48,8

## **Instrumentos**

### Datos sociodemográficos

Son registrados por medio de un cuestionario de elaboración propia en el que el sujeto indicaba su edad, sexo ('Hombre'/'Mujer'), peso (en kg.) y altura (en cm.).

### Aspectos relacionales

Se recogió información sobre la orientación sexual, el estatus relacional, la satisfacción con su situación de pareja y la importancia atribuida a atraer sexualmente a otras personas. La forma concreta en que se preguntó por estas cuestiones se fundamentó en trabajos precedentes y en el feed-back obtenido en una evaluación por jueces que se llevó a cabo con 50 personas para testar el cuestionario.

Con respecto a la orientación sexual, se plantea la frase 'Normalmente me siento atraído sexualmente por...' que podía completarse contestando 'Hombres', 'Mujeres', 'Ambos' o 'Ninguno'. Se encontró que esta formulación era mejor recibida en la prueba preliminar que las opciones 'Hetero'/'Homo'/'Bi'/'Asexual' porque no implicaba identificarse con una etiqueta que muchos voluntarios vivían como restrictiva. Esto coincide con hallazgos de la literatura precedente (Bankoff y Pantalone, 2014). Por otra parte, el objetivo de incluir cuatro alternativas en lugar de dos ('Heterosexual'/'Homosexual' o 'Heterosexual'/'Otras') como hacen otros estudios (e.g. Brown y Keel, 2012, 2013) no era tanto tener muestra suficiente de cada una de las posibilidades como no asimilar en un mismo grupo sujetos con identidades muy distintas. De hecho, como se comentó más arriba, no se obtuvieron sujetos suficientes en ninguna de las opciones distintas a 'Hombres'/'Mujeres' como para llevar a cabo análisis independientes, pero tampoco se optó por asimilar esas otras opciones sexuales a la homosexualidad para no contaminar los resultados.

En lo relativo al estatus relacional, se plantean cuatro alternativas distintas en el entendimiento de que aporta más información que simplemente indicar si se está o no en una relación, como se ha hecho en otros trabajos anteriores (e.g. Brown y Keel, 2012, 2013; Cella et al., 2010). En concreto, uno puede estar en una relación pero estar abierto a mantener relaciones sexuales o sentimentales con terceros, lo que, si no se tiene en cuenta, contaminaría los resultados. Paralelamente, se puede estar soltero pero no buscar relaciones sentimentales ni sexuales, precisión igualmente relevante en este contexto.

A continuación, la satisfacción con el estatus relacional se mide con una escala tipo Likert de 1 (Nada satisfecho) a 7 (Completamente satisfecho). Esta forma de medida es análoga a la empleada con frecuencia en análisis de satisfacción marital (Fowers y Olson, 1993) y ha sido

igualmente utilizada para evaluar satisfacción en relaciones de pareja en general (Brown y Keele, 2012, 2013).

Finalmente, se pregunta por el grado en que atraer sexualmente a otros es importante para la persona usando otra escala tipo Likert de 1 (Nada importante) a 7 (Extremadamente importante).

#### Inventario de trastornos Alimentarios-2 (EDI-2) (Gardner, 2000)

El EDI-2 es un valioso instrumento muy utilizado para evaluar los síntomas del espectro TCA. Se trata de un cuestionario auto-administrado de 91 ítems distribuidos en 11 subescalas clínicamente relevantes para trastornos alimentarios: ‘Obsesión con la delgadez’, ‘Bulimia’, ‘Insatisfacción Corporal’, ‘Ineficacia’, ‘Perfeccionismo’, ‘Desconfianza Interpersonal’, ‘Conciencia Interoceptiva’, ‘Miedo a Madurar’, ‘Ascetismo’, ‘Control de Impulsos’ e ‘Inseguridad Social’. En la presente investigación se aplican únicamente las tres primeras subescalas (‘Obsesión con la delgadez’, ‘Bulimia’ e ‘Insatisfacción Corporal’) porque son las más directamente relacionadas con la sintomatología alimentaria y son las variables estudiadas en investigaciones precedentes (e.g. Brown y Keele, 2012, 2013).

- ‘Obsesión por la delgadez’ (DT): la manifestación de un fuerte impulso a adelgazar o un intenso rechazo a la gordura es un síntoma esencial de los TCA. Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas o el miedo a engordar.

- ‘Bulimia’ (B): evalúa la tendencia a darse atracones y a llevar a cabo conductas compensatorias inadecuadas (vómitos) o a pensar en ello. Esto son elementos característicos de la bulimia nerviosa y la anorexia purgativa.

- ‘Insatisfacción corporal’ (BD): mide la insatisfacción del sujeto con la forma de su cuerpo, tanto la silueta general como la de zonas tradicionalmente identificadas como más conflictivas para los pacientes TCA (estómago, trasero etc). Tal insatisfacción puede considerarse como una característica esencial en los TCA y un factor clave a la hora de explicar las conductas encaminadas a controlar el peso.

Cada ítem de las subescalas se evalúa en función del grado en que la afirmación en él contenido le ocurre al participante, usando una escala tipo Likert de 0 (Nunca) a 5 (Siempre). Una vez que el sujeto contesta a todos los ítems estos se valoran en una escala de 0 a 3, asignando un 3 a la

respuesta que más se ajusta a la presencia de sintomatología alimentaria, un 2 y un 1 a las siguientes dos respuestas, respectivamente, y un 0 a las tres respuestas que menos se ajusten.

Las puntuaciones de las sub-escalas se calculan sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem. El instrumento ofrece la posibilidad de obtener una puntuación global o por subescalas.

El tiempo de administración de las tres sub-escalas seleccionadas es de apenas 5 minutos.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el EDI-2 es un instrumento que ha demostrado una alta fiabilidad y validez en numerosos estudios (e.g. Nevenon, Clinton y Norren, 2006).

### **Procedimiento**

Los participantes fueron contactados a través de un mensaje de mail que incluía una breve solicitud de colaboración para un proyecto de investigación, el cuestionario socio-demográfico, las preguntas relativas a cuestiones relacionales y un documento con las tres subescalas del EDI-2 con las que se iba a trabajar. También se les exhortaba a que compartieran el mail con tantas personas como fuera posible.

Se contó con la colaboración (a título individual, no institucional) de personas vinculadas con el movimiento LGTB para acceder a la parte de la muestra menos estadísticamente frecuente (orientaciones sexuales minoritarias). Se buscaba así garantizar que todos los subgrupos estuvieran suficientemente representados.

Todos los participantes eran mayores de edad (25-35 años) y capaces, y la participación era voluntaria y anónima, usándose todos los datos exclusivamente para fines de investigación.

### **Análisis de datos**

Con el objetivo de contrastar las hipótesis planteadas en el trabajo se llevaron a cabo una serie de análisis estadísticos mediante el programa de análisis de datos SPSS (Versión 20).

Se aplicó en primer lugar la prueba de Kolmogorov-Smirnov para testar el supuesto de normalidad, encontrando desviaciones significativas, por lo que pasaron a emplearse pruebas no paramétricas. En concreto, se realizaron comparaciones de medias (U de Mann-Whitney) entre los niveles de las variables 'Sexo', 'Atraído por' y 'Estatus Relacional' y correlaciones de

Spearman para ‘Importancia de Atraer’ y ‘Satisfacción con Estatus’ con las tres subescalas de sintomatología alimentaria.

## RESULTADOS

Comenzaremos a exponer los resultados de nuestro estudio mostrando una tabla en la que se recogen los principales estadísticos descriptivos de la muestra que, por su especificidad, no se mencionaron en el apartado dedicado a los participantes. Continuaremos comprobando el supuesto de normalidad para nuestras variables y, para terminar, procederemos al análisis de los datos.

### Estadísticos Descriptivos:

**Tabla 2.**

*Estadísticos Descriptivos (Variables Continuas)*

	<b>Media</b>	<b>Desv. Tip.</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Importancia de Atraer</b>	5,28	1,242	1	7
<b>Satisfacción con Estatus</b>	5,6	1,478	1	7
<b>DT</b>	5,1525	6,31544	0	21
<b>BD</b>	4,1017	5,62941	0	24
<b>B</b>	1,4678	2,62344	0	17

En la Tabla 2 se pueden observar los principales descriptivos de las variables continuas empleadas en el estudio.

### Supuesto de Normalidad:

**Tabla 3.**

*Contraste de Normalidad*

	<b>Importancia de</b>	<b>Satisfacción con</b>			
	<b>Atraer</b>	<b>Estatus</b>	<b>DT</b>	<b>BD</b>	<b>B</b>
<b>Z de Kolmogorov-Smirnov</b>	3,748	4,407	3,717	4,004	5,069
<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Tras la aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov se concluye que ninguna de las variables continuas se comporta de manera normal, rechazando para todas ellas la hipótesis de normalidad, ya que  $p < 0,001$  en todos los casos.

### **Análisis de los Datos:**

Comparaciones de Medias: Comenzaremos realizando las comparaciones simples (de primer nivel) de las escalas del EDI-2 en función de las variables ‘Sexo’, ‘Atraído por’ y ‘Estatus’. En segundo lugar realizaremos análisis de segundo nivel. Así, controlaremos primero la variable ‘Sexo’ para comparar en las escalas del EDI-2 a hombres y mujeres atraídos principalmente por su mismo o distinto sexo. Después, controlaremos la variable de atracción para comparar a los sujetos con distinto estatus en las escalas del EDI-2.

*Contraste de la Hipótesis de Igualdad de Promedios en sintomatología alimentaria entre los grupos de ‘Hombres’ y ‘Mujeres’:*

**Tabla 4.**

*Contraste mediante U de Mann-Whitney de Rango de Promedios*

	<b>Sexo</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>
<b>DT</b>	Hombre	142,88	10060	0,348
	Mujer	152,03		
<b>BD</b>	Hombre	131,42	8569	0,002
	Mujer	161,07		
<b>B</b>	Hombre	133,6	8853	0,004
	Mujer	159,35		

En la Tabla 4 se puede ver cómo, en las sub-escalas ‘BD’ ( $U$  de Mann-Whitney = 8569,  $p = 0,002$ ) y ‘B’ ( $U$  de Mann-Whitney = 8853,  $p = 0,004$ ), el rango promedio de hombres es significativamente menor que el de mujeres, con un nivel de confianza de  $p < 0,01$  en ambos casos. Sin embargo, no encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres en la sub-escala ‘DT’ para un nivel de confianza del 95% ( $U$  de Mann-Whitney = 10060,  $p = 0,348$ ).

*Contraste de la Hipótesis de Igualdad de Promedios en sintomatología alimentaria entre los ‘Atraídos Principalmente por Hombres’ y los ‘Atraídos Principalmente por Mujeres’:*

**Tabla 5.***Contraste mediante U de Mann-Whitney de Rango de Promedios*

	Atraído por	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
<b>DT</b>	Hombres	179,45	5112	< 0,001
	Mujeres	103,4		
<b>BD</b>	Hombres	174,24	6014	< 0,001
	Mujeres	110,8		
<b>B</b>	Hombres	165,8	7473	< 0,001
	Mujeres	122,75		

Según podemos observar en la Tabla 5, el rango promedio de las personas atraídas por hombres en las tres sub-escalas del EDI-2 (*U de Mann-Whitney* = 5112,  $p = < 0,001$ ; *U de Mann-Whitney* = 6014,  $p = < 0,001$ ; *U de Mann-Whitney* = 7473,  $p = < 0,001$  respectivamente), es significativamente superior al mostrado por las personas atraídas por mujeres con una  $p < 0,001$ .

*Contraste de la Hipótesis de Igualdad de Promedios en sintomatología alimentaria entre los grupos 'Abierto a Encontrar Pareja' y 'No Abierto a Encontrar Pareja':*

**Tabla 6.***Contraste mediante U de Mann-Whitney de Rango de Promedios*

	Estatus	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
<b>DT</b>	No Abierto a Encontrar Pareja	142,94	10108	0,284
	Abierto a Encontrar Pareja	153,31		
<b>BD</b>	No Abierto a Encontrar Pareja	157,65	9414,5	0,039
	Abierto a Encontrar Pareja	137,88		
<b>B</b>	No Abierto a Encontrar Pareja	158,26	9323	0,018
	Abierto a Encontrar Pareja	137,24		

En este tercer análisis comprobamos que existen diferencias estadísticamente significativas tanto en la sub-escala 'BD' (*U de Mann-Whitney* = 9414,5,  $p = 0,039$ ) como en la sub-escala 'B' (*U de Mann-Whitney* = 9323,  $p = 0,018$ ) entre los grupos de 'No Abiertos a Encontrar Pareja' y 'Abiertos a Encontrar Pareja', teniendo siempre un mayor promedio el primero, con un nivel de confianza  $p < 0,05$ . En cambio, no obtenemos diferencias significativas entre estos grupos en la sub-escala 'DT' (*U de Mann-Whitney* = 10108,  $p = 0,284$ ) con el mismo nivel de confianza ( $p < 0,05$ ).

*Contraste de la Hipótesis de Igualdad de Promedios en sintomatología alimentaria entre los grupos ‘Atraído por Hombres’ y ‘Atraído por Mujeres’ controlando la variable del ‘Sexo’:*

**Tabla 7.**

*Contraste mediante U de Mann-Whitney de Rango de Promedios*

<b>Sexo</b>	<b>Sub-escala</b>	<b>Atraído por</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>
<b>Hombre</b>	DT	Hombres	86,31	835	< 0,001
		Mujeres	47,1		
	BD	Hombres	76,36	1442	0,001
		Mujeres	55,9		
	B	Hombres	67,76	1966,5	0,438
		Mujeres	63,5		
<b>Mujer</b>	DT	Hombres	94,65	1663,5	< 0,001
		Mujeres	58,39		
	BD	Hombres	95,45	1573,5	< 0,001
		Mujeres	56,69		
	B	Hombres	94,95	1630	< 0,001
		Mujeres	57,75		

En la primera parte de la Tabla 7 comprobamos las diferencias de promedio entre los hombres homosexuales y heterosexuales en las tres sub-escalas del EDI-2. Aquí podemos ver que, para las sub-escalas ‘DT’ ( $U$  de Mann-Whitney = 835,  $p < 0,001$ ) y ‘BD’ ( $U$  de Mann-Whitney = 1442,  $p = 0,001$ ), existe una diferencia de promedios significativa entre hombres homosexuales y heterosexuales, teniendo estos últimos siempre un menor promedio, con un nivel de confianza de  $p < 0,01$ . Sin embargo, esta tendencia no se cumple para la sub-escala ‘B’ ( $U$  de Mann-Whitney = 1966,5,  $p = 0,438$ ), no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos con una  $p < 0,05$ .

Por otro lado, en la segunda sección de nuestra tabla, observamos que para los grupos de mujeres heterosexuales y homosexuales existen diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) en todas las sub-escalas del EDI-2 ( $U$  de Mann-Whitney = 1663,5,  $p < 0,001$ ;  $U$  de Mann-Whitney = 1573,5,  $p < 0,001$ ;  $U$  de Mann-Whitney = 1630,  $p < 0,001$  respectivamente), siendo el promedio siempre mayor para el grupo de mujeres heterosexuales.

*Contraste de la Hipótesis de Igualdad de Promedios en sintomatología alimentaria entre los grupos “Abierto a Encontrar Pareja” y “No Abierto a Encontrar Pareja” controlando la variable “Atraído por”:*

**Tabla 8.**

*Contraste mediante U de Mann-Whitney de Rango de Promedios*

<b>Atraído por</b>	<b>Sub-escalas</b>	<b>Estatus</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>
<b>Hombres</b>	DT	No Abierto a			
		Encontrar Pareja	70,84	2063	< 0,001
	BD	Abierto a Encontrar Pareja	108,62		
		Encontrar Pareja	82,85	3252	0,203
	B	Abierto a Encontrar Pareja	92,55		
		Encontrar Pareja	85	3465	0,520
<b>Mujeres</b>	DT	No Abierto a			
		Encontrar Pareja	70,38	1358,5	0,007
	BD	Abierto a Encontrar Pareja	54,91		
		Encontrar Pareja	73,28	1207,5	< 0,001
	B	Abierto a Encontrar Pareja	52,75		
		Encontrar Pareja	72,63	1241,5	< 0,001
		Pareja	53,24		

En la Tabla 8 quedan expuestos los resultados, tanto para los sujetos que se sienten atraídos por hombres como para los que se sienten atraídos por mujeres, del contraste de promedios en las sub-escalas del EDI-2 entre los grupos de las personas abiertas y no abiertas a encontrar pareja. En el grupo de sujetos atraídos por hombres, tan solo vemos diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) entre los grupos de ‘No abiertos a encontrar pareja’ y ‘Abiertos a encontrar pareja’ en la

sub-escala ‘DT’ ( $U$  de Mann-Whitney = 2063,  $p < 0,001$ ), teniendo un mayor promedio los segundos, mientras que no existen dichas diferencias para las sub-escalas “BD” ( $U$  de Mann-Whitney = 3252,  $p = 0,203$ ) y “B” ( $U$  de Mann-Whitney = 3465,  $p = 0,52$ ) para un nivel de confianza del 95%.

Sin embargo, en el grupo de sujetos atraídos por mujeres, encontramos diferencias significativas en todas las sub-escalas ( $U$  de Mann-Whitney = 1358,5,  $p = 0,007$ ;  $U$  de Mann-Whitney = 1207,5,  $p < 0,001$ ;  $U$  de Mann-Whitney = 1241,  $p < 0,001$  respectivamente), siendo el promedio siempre mayor para los sujetos “No Abiertos a Buscar Pareja”, con un nivel de confianza  $p < 0,001$ .

Correlaciones: A continuación expondremos las relaciones existentes entre las variables de ‘Satisfacción con el Estatus Relacional’ e ‘Importancia de Atraer a otras Personas’ con la puntuación en las distintas sub-escalas del EDI-2.

**Tabla 9.**

*Correlaciones de Spearman*

		<b>DT</b>	<b>BD</b>	<b>B</b>
<b>Importancia de Atraer</b>	Correlación de Spearman	0,52	-0,123	-0,145
	Sig. (bilateral)	0,377	0,034	0,013
	N	295	295	295
<b>Satisfacción con Estatus</b>	Correlación de Spearman	-0,389	-0,378	-0,268
	Sig. (bilateral)	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	N	295	295	295

Comprobamos en la Tabla 9 que la ‘Satisfacción con el Estatus’ correlaciona negativamente y de manera elevada y significativa ( $p < 0,001$ ) con las tres escalas del EDI-2 ( $r = -0,389$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = -0,378$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = -0,268$ ,  $p < 0,001$  respectivamente). Por contra, para una  $p < 0,05$ , nuestra variable de ‘Importancia de Atraer’ tan solo muestra una correlación significativa débil con las sub-escalas ‘BD’ ( $r = -0,123$ ,  $p = 0,034$ ) y ‘B’ ( $r = -0,145$ ,  $p = 0,013$ ), mientras que ofrece resultados no significativos para la correlación con ‘DT’ ( $r = 0,52$ ,  $p = 0,377$ ).

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio era doble. Por un lado, se buscaba aportar más evidencia en torno a la relación orientación sexual-sintomatología TCA, contrastando los resultados obtenidos con la

hipótesis de Siever (1994). Por el otro, analizar, en base a esta misma hipótesis, la relación entre estatus relacional y sintomatología TCA.

Con carácter previo a todo ello, se comparó el nivel de sintomatología alimentaria (medido con las tres sub-escalas del EDI-2) entre hombres y mujeres. La literatura mostraba de manera abrumadora un nivel superior de sintomatología alimentaria en las mujeres que en los hombres (e.g. Hudson et al., 2007). Aquí, sin embargo, se encontró que la expectativa se cumplía en dos de las sub-escalas ('BD' y 'B') pero no en 'DT'. Para interpretar este dato habría que tener en cuenta, de entrada, que la representación de hombres y mujeres homosexuales en la muestra no es representativa de la sociedad en general. Dado que, como revelan los datos y se analizará más abajo, los hombres homosexuales presentan, en general, más sintomatología que los heterosexuales y que las mujeres lesbianas presentan menos que las que no lo son, parece claro que esta muestra subestima las diferencias entre sexos en las variables analizadas. Es posible, por tanto, que con una muestra aleatoria se hubieran encontrado diferencias significativas también en esta sub-escala. En cualquier caso, lo cierto es que incluso siendo esto verdad, las diferencias en 'DT' son menores que las halladas en 'BD' y 'B'. Una posible explicación a este fenómeno podría ser que, en la sociedad actual, la delgadez se haya convertido en algo valioso para ambos sexos, pero que sigan siendo las mujeres las que más se ven afectadas en su auto-concepto cuando perciben que no cumplen con los criterios estéticos imperantes (de ahí que en 'DT' las puntuaciones sean similares a las de los varones pero en 'BD' no).

A continuación se pasa a comparar a aquellas personas atraídas principalmente por hombres con las atraídas por mujeres. Este análisis no tiene muchos precedentes en la literatura, pues los pocos estudios dedicados a estas cuestiones suelen incorporar a la ecuación la variable 'Sexo', comparando hombres y mujeres homo y heterosexuales entre sí, pero no crean grupos mixtos en función del sexo de las personas por las que los sujetos se sienten normalmente atraídos. No obstante, si la hipótesis de Siever fuera cierta, los primeros, con relativa independencia de su sexo, deberían puntuar más alto que los segundos. Y en efecto, así es: las personas que declaran sentirse atraídas por hombres puntúan significativamente más alto que las atraídas por mujeres en todas las dimensiones medidas. Esto parece apoyar la idea de que intentar atraer a un varón, que dan más peso al físico a la hora de encontrar pareja que las mujeres (e.g. Legenbauer et al., 2009; Tiggermann, Martins y Kirkbride, 2007; Yelland y Tiggermann, 2003), supone preocuparse más por la propia apariencia, lo que puede acabar traducéndose en mayor vulnerabilidad frente a la sintomatología alimentaria (Brown y Keele, 2012, 2013).

Profundizando más en estos datos, se pasa entonces a comparar, en función del sexo, a aquellos sujetos atraídos por hombres y por mujeres. Lo que se esperaba encontrar, de acuerdo con la

literatura precedente (e.g. Boisvert y Harrell, 2009; Hosper y Jansen, 2005; Russell y Keele, 2002), es que los hombres homosexuales presentaran más sintomatología alimentaria que los heterosexuales. En el caso de las mujeres, en cambio, se vio que no hay acuerdo entre los autores del efecto de la orientación sexual (Bankoff y Pantalone, 2014), pero, siguiendo la lógica de Siever, debería encontrarse que las mujeres lesbianas presentan menos sintomatología TCA que las heterosexuales.

En esta muestra se observa que los hombres homosexuales puntúan significativamente más alto que los heterosexuales en 'DT' y 'BD', como se esperaba, pero no en 'B', donde las diferencias no son significativas. Una posible explicación a este efecto nulo sería que los ítems asociados a esta última sub-escala miden fundamentalmente la tendencia a tener atracones, lo que resulta inconsistente con mantener la delgadez. Dado que los hombres gay todavía enfatizan la importancia de un físico delgado y atlético, con un bajo porcentaje de grasa corporal, más que los heterosexuales (e.g. Martins et al., 2007; Tiggemann et al, 2007; Yelland y Tiggemann, 2003), parece lógico que busquen minimizar conductas contrarias a ese ideal. De hecho, algunos autores ya plantean que la homosexualidad masculina sólo sería un factor de riesgo para la sintomatología alimentaria de tipo restrictivo (Brown y Keele, 2012, 2013), si bien hay otros que siguen encontrando diferencias significativas también en medidas de 'Bulimia', 'Regulación de Impulsos' etc (e.g. Cella et al. 2010).

Entre las mujeres, los resultados muestran que las heterosexuales presentan más sintomatología que las lesbianas en todas las dimensiones. Este dato es particularmente importante porque contribuye a aclarar un punto en el que la literatura precedente arrojaba conclusiones inconsistentes. En este sentido, esta investigación se alinea con trabajos como los de Alvy (2013), Owens, Hughes y Owens-Nicholson (2003), Polimeni et al. (2009) o Strong et al. (2000) al considerar la homosexualidad femenina como un factor de protección para sintomatología TCA. Este fenómeno parece apoyar, además, la hipótesis de Siever en un colectivo (el de las mujeres) en el que su validez no había sido expresamente testada con anterioridad.

Hasta aquí la información recogida parecía concordar, en términos generales con nuestras hipótesis. Sin embargo, al analizar el papel del estatus relacional los datos empiezan a ser más confusos. En efecto, los resultados esperados serían que tener pareja exclusiva o no tener pareja pero no estar interesado en tenerla (esto es, no estar abierto a tener otra relación) debería funcionar como factor protector probablemente en todos los casos, pero muy especialmente para hombres gay y mujeres heterosexuales. Sin embargo, lo que se observa es que no hay diferencias significativas entre las personas abiertas a la posibilidad de una nueva relación y aquellas que no lo están en 'DT', mientras que en 'BD' y 'B', existiendo, son de signo contrario

al esperado (los que no contemplan esa posibilidad puntúan más alto). Lo primero se podría explicar recuperando el argumento empleado al analizar las diferencias entre sexos: aunque persisten diferencias de grado entre colectivos, la delgadez empieza a ser un valor generalizado en nuestra sociedad. En consecuencia, incluso las personas que no estén abiertas a buscar pareja pueden percibir la delgadez como un ideal deseable, con implicaciones que van más allá de la deseabilidad sexual (delgadez como signo de éxito, salud etc). Con respecto a lo segundo –los sujetos no abiertos a encontrar pareja puntúan más alto en BD y B- los resultados no se explican fácilmente. Para aquellos que ni tienen pareja ni la buscan se podría plantear, si acaso, dando la vuelta a la relación, que renuncian a encontrar pareja precisamente por su alto nivel de insatisfacción corporal y comportamientos bulímicos y no a la inversa, pero en cualquier caso se contradice nuestra hipótesis. Para los casos de personas en relación exclusiva la interpretación está todavía menos clara.

Más aún, cuando se analiza esta variable en función de por quién se siente atraído la persona, se ve que aquellos atraídos por hombres, colectivo en el que estar abierto a una relación debería ser factor de riesgo según Siever, sólo se comportan conforme a la hipótesis en lo tocante a la variable ‘DT’ mientras que las otras dos sub-escalas no presentan diferencias entre grupos. En el caso de los atraídos por mujeres, los datos se alejan aún más de lo esperado pues hay diferencias significativas en todas las dimensiones (cuando se esperaba que no las hubiera o fueran débiles) y de signo contrario al previsto (los abiertos a encontrar pareja puntúan menos). Nada de esto coincide con lo anticipado.

Finalmente, en las correlaciones se obtienen también resultados variados. Por una parte, en relación a la importancia atribuida a atraer a otros sexualmente, a mayores puntuaciones en esta variable debería encontrarse mayor sintomatología TCA, pero lo cierto es que para la sub-escala ‘DT’ la diferencia no es significativa y que en ‘BD’ y en ‘B’ sí que lo es pero de signo negativo, lo que contradice abiertamente la hipótesis de Siever. Por otra, y en lo tocante a la satisfacción con el estatus relacional, se esperaba que a mayor satisfacción, hubiera menos sintomatología alimentaria, y así es (la correlación es negativa y alta en todas las dimensiones) pero esto podría estar indicando más el grado de ajuste social del sujeto que la importancia que se da a atraer a otros, que es lo relevante en este caso. De hecho, en Brown y Keele (2012), por ejemplo, no se encontró correlación entre satisfacción con la relación de pareja y sintomatología alimentaria restrictiva, pero sí con ‘B’.

Todas estas desviaciones con respecto a lo esperado podrían deberse a varias razones. Entre ellas:

- Que el rango de edad escogido en este estudio no sea el adecuado para analizar el peso del estatus relacional. La investigación ha encontrado que las relaciones se conceptualizan y se viven de manera distinta en distintos momentos vitales y que la veintena es un periodo de transición en este sentido (Korovov y Thorne, 2006). Como se vio, esto podría ser particularmente cierto para la comunidad homosexual en la medida en que su proceso de identificación sexual y formación de parejas sentimentales es más lento, por motivos tales como la presión social y familiar o la posibilidad de acceso a parejas potenciales (Tharinger y Wells, 2000). Es posible, por tanto, que la muestra escogida sea todavía demasiado joven y que, tal y como encontraron Brown y Keele (2012), el efecto modular de estar en una relación sólo sea evidente en la mediana edad.

- Que el estatus relacional no es una buena medida para testar la hipótesis de Siever porque, por ejemplo, se puede estar en una relación exclusiva y estar preocupado por resultarle atractivo a tu pareja. De hecho, lo cierto es que las pocas investigaciones previas que abordaron específicamente estas cuestiones encontraron evidencia limitada que apoyara la idea de que buscar pareja sea un factor de riesgo entre las personas atraídas por hombres. Así, si bien Cella y col. (2010) encontraron que la pareja estable era un factor protector para hombres gays, no incluyeron en su análisis a las mujeres heterosexuales, mientras que Brown y Keele (2012) sólo encontraron el efecto esperado entre hombres homosexuales mayores de 30 años.

- Que las personas que buscan atraer a hombres sean efectivamente más vulnerables a los síntomas TCA pero no por el motivo planteado por Siever, sino por otros factores (por ejemplo, la variable masculinidad/feminidad) (Cella, Iannaccone y Cotrufo, 2013).

Así mismo, hay que considerar que el presente estudio tiene limitaciones que deben ser tenidas en cuenta:

- Limitaciones de la muestra: La muestra no es aleatoria, por lo que no es posible generalizar conclusiones y, al tratarse de una muestra no clínica, los resultados no serían necesariamente aplicables a personas con TCA en sentido estricto.

- Problemas de diseño: El ítem que mide el grado en que atraer a otras personas puede ser confuso, en la medida en que no queda claro si incluye a la propia pareja (en caso de tenerla) o no. Además, el EDI-2 plantea posibles problemas de sesgo de género, pues muchas de las preguntas parecen más dirigidas a la población femenina que a la masculina. Finalmente, aunque muchas investigaciones no lo hacen, en teoría el EDI-2 debe pasarse entero, no por sub-escalas aisladas, lo que no se hizo para reducir el tiempo requerido para contestarlo.

- Análisis estadístico: El análisis es correlacional por lo que no cabe inferir causalidad.

No obstante, también es cierto que esta investigación presenta fortalezas significativas, con aportaciones importantes respecto de la literatura precedente:

- Muestra: El tamaño de la muestra es mayor que en otras investigaciones similares, especialmente en lo tocante a las orientaciones sexuales minoritarias. También se trata de una muestra más homogénea en términos de edad que la manejada en otros estudios.

- Diseño: No reducir las opciones de orientación sexual a dos etiquetas cerradas ('Homosexual'/'Heterosexual') y no juntar en un mismo grupo a orientaciones sexuales minoritarias diversas son fortalezas de este estudio. También lo es el diferenciar no sólo entre aquellos con y sin pareja, sino ver si están abiertos a encontrar otras. Así mismo, y pese a sus limitaciones, el EDI-2 es un instrumento potente y muy usado. Finalmente, el optar por un formulario auto-cumplimentado minimiza los sesgos de deseabilidad social etc, especialmente importantes en cuestiones tan delicadas como los aquí abordados.

En definitiva, los datos obtenidos confirman los hallazgos previos de que las mujeres presentan, en general, más sintomatología alimentaria que los hombres, y apoyan, aparentemente, la teoría de Siever, al mostrar que aquellas personas que se sienten atraídos por otros hombres son más vulnerables que los que están interesados en mujeres, confirmando lo ya sabido en el caso de los hombres homosexuales pero que no estaba claro para las mujeres lesbianas. No obstante, al analizar el papel del estatus relacional se observa que la hipótesis planteada no se confirma. Lo mismo ocurre en el caso de la correlación 'Importancia de Atraer a Otros'-sintomatología alimentaria, que hace referencia al núcleo del planteamiento de Siever y que no arroja los datos previstos.

Todo esto hace que sea necesario seguir investigando estas cuestiones en el futuro, específicamente los mecanismos subyacentes a las relaciones observadas, por sus importantes implicaciones teóricas y prácticas.

## **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*, 105, 524-534.

Arcelus, J., Yates, A. y Whiteley, R. (2012). Romantic relationships, clinical and sub-clinical eating disorders: a review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 27(2), 147-161.

Austin, S.B., Nelson, L.A., Birkett, M.A., Calzo, J.P. y Everett, B. (2013). Eating disorder symptoms and obesity at the intersections of gender, ethnicity, and sexual orientation in US high school students. *American Journal of Public Health*, 103(2), 16-22.

Austin S.B., Ziyadeh NJ, Corliss H.L., Rosario, M., Wypij, D., Haines, J., Camargo, C.A. Jr y 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.

Austin S.B., Ziyadeh N, Kahn J.A., Camargo C.A. Jr, Colditz G.A. y Field A.E. (2004). Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (9), 1115-1123.

Bankoff, S.M. y Pantalone, D.W. (2014). Patterns of Disordered Eating Behavior in Women by Sexual Orientation: A Review of the Literature. *Eating Disorders*, 22(3), 261-274.

Boehmer, U.R. (2007). Overweight and Obesity in Sexual-Minority Women: Evidence From Population-Based Data. *American Journal of Public Health*, 97(6), 1134-1140.

Boehmer, U. y Bowen, D.J. (2009). Examining factors linked to overweight and obesity in women of different sexual orientations. *Preventive Medicine*, 48, 357–361.

Boisvert, J.A. y Harrell W.A. (2009). Homosexuality as a risk factor for eating disorder symptomatology in men. *Journal of Men's Studies*, 17, 210–225.

Boroughs, M. y Thompson, J. K. (2002). Exercise status and sexual orientation as moderators of body image disturbance and eating disorders in males. *International Journal of Eating Disorders* 31, 307-311.

Bowen, D. J., Balsam, K. F. y Ender, S. R. (2008). A review of obesity issues in sexual minority women. *Obesity Journal*, 16, 221–228.

Brand, P. A., Rothblum, E. D. y Solomon, L. J. (1992). A comparison of lesbians, gay men, and heterosexuals on weight and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders* 11, 253-259.

Brown, T. A. y 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.

Brown, T. A. y Keel, P. K. (2013). The Impact of Relationships, Friendships, and Work on the Association Between Sexual Orientation and Disordered Eating in Men. *Eating Disorders*, 21(4), 342-359.

Bueno, B., Krug, I., Bulik, C.M., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Thornton, L., Penelo, E., Menchón, J.M., Sánchez, I., Tinahones, F.J. y Fernández-Aranda, F. (2014), Late Onset Eating Disorders in Spain: Clinical Characteristics and Therapeutic Implications. *Journal of Clinical Psychology*., 70, 1–17.

Carper, T. M., Negy, C. y Tantleff-Dunn, S. (2010). Relations among media influence, body image, eating concerns, and sexual orientation in men: A preliminary investigation. *Body Image*, 7(4), 301-309.

Cella, S., Iannaccone, M., Ascione, R. y Cotrufo, P. (2010). Body dissatisfaction, abnormal eating behaviours and eating disorder attitude in homo- and heterosexuals. *Eating and Weight Disorders*, 15(3), 180-185.

Cella, S., Iannaccone, M. y Cotrufo, P. (2013). Influence of gender role orientation (masculinity versus femininity) on body satisfaction and eating attitudes in homosexuals, heterosexuals and transsexuals. *Eating and Weight Disorders*, 18, 115-124.

Conner, M., Johnson, C. y Grogan, S. (2004). Gender, sexuality, body image and eating behaviours. *Journal of Health Psychology*, 9, 505–515.

Dakanalis, A., Di Mattei, V. E., Bagliacca, E. P., Prunas, A., Sarno, L., Riva, G. y Zanetti, M. A. (2012). Disordered Eating Behaviors Among Italian Men: Objectifying Media and Sexual Orientation Differences. *Eating Disorders*, 20(5), 356-367.

Davids, C. y Green, M. (2011). A Preliminary Investigation of Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptomatology with Bisexual Individuals. *Sex Roles*, 65(7/8), 533-547.

Duggan, S.J. y McCreary, D.R. (2004). Body image, eating disorders, and the drive for muscularity in gay and heterosexual men: The influence of media images. *Journal of Homosexuality*, 47, 45-58

Feldman, M.B. y Meyer, I.H. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *The International Journal Of Eating Disorders*, 40(3), 218-226.

Fowers, B.J. y Olson, D.H. (1997). ENRICH marital satisfaction scale: A brief research and clinical tool. *Journal of Family Psychology*, 7, 176–185.

Gardner, D.M. (1998). *EDI-2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones.

Harvey, J.A. y Robinson, J.D. (2003). Eating disorders in men: Current considerations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10, 297–306

Hoek, H.W. (2014). Epidemiology of eating disorders in persons other than the high-risk group of young Western females. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 423-425.

Hospers, H.A. (2005). WHY HOMOSEXUALITY IS A RISK FACTOR FOR EATING DISORDERS IN MALES. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(8), 1188-1201.

Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H. y Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358.

Jones W.R. y Morgan J.F. (2010). Eating disorders in men: A review of the literature. *Journal of Public Mental Health*, 9, 23–31.

Kaminski, P.L., Chapman, B.P., Haynes, S.D. y Own, L. (2005). Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating Behaviors*, 6, 179-187.

- Keel P.K., Baxter M.G., Heatherton T.F. y Joiner T.E. Jr. (2007). A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 422–432.
- Koh, A.S. y Ross, L.K. (2006). Mental health issues: A comparison of lesbian, bisexual and heterosexual women. *Journal of Homosexuality, 51*, 33–57.
- Korobov, N. y Thorne, A. (2006). Intimacy and distancing: Young men's conversations about romantic relationships. *Journal of Adolescent Research, 21*, 27–55
- Legenbauer, T., Vocks, S., Schafer, C., Schutt-Stromel, S., Hiller W., Wagner C. y Vogele, C. (2009). Preference for attractiveness and thinness in a partner: Influence of internalization of the thin ideal and shape/weight dissatisfaction in heterosexual women, heterosexual men, lesbians, and gay men. *Body Image, 6*, 228– 234.
- Martins, Y., Tiggemann, M. y Kirkbride A. (2007). Those speedos become them: The role of self-objectification in gay and heterosexual men's body image. *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*, 634–647.
- Matthews-Ewald, M.R., Zullig, K.J. y Ward, R.M. (2014). Sexual orientation and disordered eating behaviors among self-identified male and female college students. *Eating Behaviors, 15*(3), 441-444.
- Meyer, C., Blissett, J. y Oldfield, C. (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: the role of masculinity and femininity. *International Journal of Eating Disorders, 29*(3), 314-318.
- Moore, F. y Keel, P.K. (2003). Influence of sexual orientation and age on disordered eating attitudes and behaviors in women. *International Journal of Eating Disorders, 34*, 370–374.
- Morgan, J. (2008). *The invisible man: A self-help guide for men with eating disorders, compulsive exercise, and vigorexia*. New York, NY: Routledge.
- Morrison, M.A., Morrison, T.G. y Sager, C. (2004). Does body satisfaction differ between gay men and lesbian women and heterosexual men and women? A meta-analytic review. *Body Image, 1*, 127-138.

National Institute of Mental Health. (2008). Eating disorder statistics. Retrieved from [http://www.gurze.com/client/client\\_pages/printable\\_pages/eatingdisorderstats.html](http://www.gurze.com/client/client_pages/printable_pages/eatingdisorderstats.html)

Nelson, D.L., Castonguay, L.G. y Locke, B.D. (2011). Challenging stereotypes of eating and body image concerns among college students: Implications for diagnosis and treatment of diverse populations. *Journal of College Counseling*, 14, 158–172.

Nevonen L, Clinton D y Norring C. (2006). Validating the EDI-2 in three Swedish female samples: Eating disorders patients, psychiatric outpatients and normal controls. *Nord Journal Psychiatry*, 60, 44–50.

Owens, L.K., Hughes, T.L. y Owens-Nicholson, D. (2003). The Effects of Sexual Orientation on Body Image and Attitudes About Eating and Weight. *Journal of Lesbian Studies*, 7(1), 15.

Polimeni, A., Austin, S. y Kavanagh, A. (2009). Sexual orientation and weight, body image, and weight control practices among young Australian women. *Journal of Women's Health*, 18(3), 355-362.

Pope, H.G., Jr., Philips, K.A. y Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: The Free Press.

Russell C.J. y Keel P.K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 300–306.

Share, T.L. y Mintz, L.B. (2002). Differences Between Lesbians and Heterosexual Women in Disordered Eating and Related Attitudes. *Journal of Homosexuality*, 42(4), 89.

Siever M.D. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *Journal o Consulting and Clinical Psychology*, 62, 252–260.

Smink, F.E., van Hoeken, D. y Hoek, H.W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion In Psychiatry*, 26(6), 543-548.

Strong, S.M., Williamson, D.A., Netemeyer, R.G. y 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.

Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S.C. y Turberville, D. (2012). Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders, 20*(5), 346-355.

Tharinger, D. y Wells, G. (2000). An attachment perspective on the developmental challenges of gay and lesbian adolescents: The need for continuity of caregiving from family and schools. *School Psychology Review, 29*, 158–172.

Tiggemann, M., Martins, Y. y Kirkbride A. (2007). Oh to be lean and muscular: Body image ideals in gay and heterosexual men. *Psychology of Men and Masculinity, 8*,15–24.

Vogeltanz-Holm N.D., Wonderlich S.A., Lewis B.A., Wilsnack S.C., Harris T.R., Wilsnack R.W. y Kristjanson, A.F. (2000). Longitudinal predictors of binge eating, intense dieting, and weight concerns in a national sample of women. *Behaviour Therapy, 31*, 221–235.

Weltzin, T. (2005). Eating disorders in men: Update. *Journal of Men's Health and Gender, 2*, 186–193.

Wichstrøm, L. Sexual orientation as a risk factor for bulimic symptoms. (2006). *International Journal of Eating Disorder, 39*(6), 448-453.

Yelland, C. y Tiggemann, M. (2003). Muscularity and the gay ideal: Body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviors, 4*, 107-116.