

# VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOLÓGICAS QUE CONTRIBUYEN A LA APARICIÓN DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

José Miguel Ahumada Reyes (0009-0005-2534-4701); Jair Alier Collao Molina (0009-0002-4406-1246).

Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud.

Docente guía: Jonathan Martínez-Líbano

## Resumen:

**Introducción:** La dismorfia corporal es un trastorno psicológico que afecta a un número considerable de personas, manifestándose en una preocupación obsesiva por defectos percibidos en la apariencia física. Diversos factores pueden influir en la probabilidad de desarrollar esta condición, y es crucial entender estas variables para abordar y prevenir su aparición de manera efectiva.

**Métodos:** En un estudio cuantitativo, transversal realizado con una muestra intencionada de 251 adultos, se aplicaron encuestas de manera online. Estas encuestas incluyeron la escala DASS-21 para evaluar depresión, ansiedad y estrés, escala de Bienestar subjetivo y Okasha, así como variables sociodemográficas y otras de interés.

**Resultados:** La prevalencia del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) en la muestra estudiada está significativamente influenciada por varios factores sociodemográficos y psicológicos. Entre los factores de riesgo más destacados se encuentran ser mujer, experimentar altos niveles de estrés, haber tenido intentos suicidas, pasar mucho tiempo en redes sociales y creer que se tiene baja autoestima. Ser mujer aumenta la probabilidad de tener TDC en aproximadamente 4.31 veces en comparación con los hombres. El estrés eleva el riesgo en 3.17 veces, mientras que las personas que han tenido intentos suicidas tienen 5.42 veces más probabilidades de desarrollar TDC. Pasar mucho tiempo en redes sociales aumenta la probabilidad de TDC en 4.47 veces, aunque tener Facebook también se asocia con una disminución del riesgo en un 78.5%. Creer que se tiene baja autoestima incrementa significativamente la probabilidad en 12.35 veces. Por otro lado, hay algunos factores que se relacionan con una reducción del riesgo de TDC, como vivir solo, que se

asocia con una reducción del riesgo en un 68%, y ser dueña de casa, que disminuye las probabilidades en un 94.6%.

Conclusión: Los resultados de este estudio proporcionan una comprensión de diversos factores que pueden influir en la dismorfia corporal. Al identificar y analizar estos factores, se pueden desarrollar estrategias de intervención más efectivas y personalizadas para prevenir y tratar esta condición. La integración de estos hallazgos en programas de salud mental y políticas públicas es esencial para abordar las necesidades de las personas afectadas por la dismorfia corporal.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El Trastorno dismórfico corporal (TDC) es una condición de salud mental caracterizada por la angustia asociada con defectos percibidos en la apariencia física; es probable que estos defectos sean muy leves o invisibles para los observadores externos (Craythorne et al., 2022). Los defectos observados causan una gran angustia y/o empeoramiento de la calidad de vida, aislamiento, disminución del funcionamiento social o profesional, y también están relacionados con la depresión y el intento de suicidio (Gupta et al., 2023).

Estudios anteriores descubrieron que las personas que vivían con TDC tenían cuatro veces más probabilidades de haber experimentado ideas suicidas y 2,6 veces más probabilidades de haber intentado suicidarse en comparación con individuos diagnosticados con trastornos alimentarios (TCA), trastorno obsesivo compulsivo (TOC) u otros trastornos de ansiedad (Angelakis et al., 2016). Esta condición de salud mental debilitante afecta a aproximadamente el 2% de la población general (Craythorne et al., 2022). Se estima que entre el 1,9 % y el 2,2 % de los adolescentes la experimentan (Veale et al., 2004), con tasas de prevalencia aún más altas en ciertos grupos específicos, como estudiantes (con prevalencia del 3,6%) y adolescentes mayores (con prevalencia del 5,6%) (Bala et al., 2021).

Los hallazgos demuestran que la baja autoestima es una característica importante del TDC, más allá de la influencia de los síntomas depresivos; parece que la evaluación negativa no se limita a la apariencia, sino que también se extiende a otros dominios del yo, como la perspectiva propia o a la de otros (Kuck et al., 2021). Esta complejidad subraya la

necesidad de considerar el impacto de los factores socioculturales en la experiencia del TDC; Con el uso de los dispositivos digitales y las redes sociales, la imagen corporal se convierte en una valoración y construcción intersubjetiva, lo que conlleva una sobrevaloración de la opinión ajena sobre el propio cuerpo y una creciente necesidad de aprobación (Rincón Barreto, 2019). Además, el trastorno tiende a ser crónico, con una baja probabilidad de remisión total (aproximadamente 20 % de los casos tratados) y con altas posibilidades de recaída (en promedio 58 % de los casos), muestran que los defectos que generan preocupación varían según el país y cultura, subrayando la necesidad de comprender el comportamiento del TDC en contextos latinoamericanos (Rincón, 2022).

La comorbilidad del TDC es común: tres cuartas partes de los afectados también experimentan cuadros depresivos; a su vez se encuentra la presencia de abuso de sustancias, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social; Asimismo, son rasgos de personalidad mayoritarios en los afectados, la introversión, timidez, neuroticismo, hostilidad, perfeccionismo e hipersensibilidad al rechazo (Cruzado et al., 2010). Es crucial destacar que muchas personas que padecen TDC son diagnosticadas erróneamente con depresión, ansiedad social o fobia social (Phillips, n.d. 2004). Por tanto, no reciben el tratamiento adecuado; A menudo, las personas que viven con TDC se sienten demasiado avergonzadas para buscar ayuda, en gran parte debido al miedo a ser percibidas como vanidosas (Buhlmann et al., 2009). Por lo tanto, es importante aumentar la conciencia sobre este trastorno poco investigado y amplificar las voces de las personas que viven con él (Craythorne et al., 2022b). Además, un elemento importante para comprender los orígenes del TDC de las personas es comprender cuáles son las variables sociodemográficas y psicológicas que contribuyen a la aparición del TDC; Si bien es posible que los desencadenantes no revelan directamente los orígenes específicos del trastorno en los participantes, ayudan a comprender qué podría empeorar el TDC en las personas que viven con él y, potencialmente, cómo podría manejarse (Craythorne et al., 2022).

Consecuentemente y con relación a todo lo anterior planteado, se hace relevante poder investigar o responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué variables sociodemográficas y psicológicas contribuyen a la aparición del TDC?

## **2. MÉTODOS**

### **Diseño y muestra del estudio**

El presente estudio tuvo un tipo y diseño de estudio cuantitativo y transversal. Cuantitativo dado que se realizó la aplicación de instrumentos psicométricos cuantitativos con el fin de conocer qué variables psicológicas contribuyen a la aparición del trastorno dismórfico corporal (Milán, M.J.R. 2018). A su vez es transversal dado que se aplica en un momento y en una muestra determinada (Ortega, C., 2018). Y la metodología de recolección de datos fue a través de bola de nieve, ya que se solicitó difundir el cuestionario entre quienes lo recibieron en primera instancia (Hernández González, Osvaldo. 2021).

### **Procedimiento de recopilación de datos**

La recopilación de datos se efectuó durante los meses de abril y mayo de 2024. Se envió una solicitud de participación por redes sociales a una base de datos de adultos, respondiendo positivamente personas de distintas regiones. El cuestionario se ingresó a un googleforms, generando un enlace que contenía los distintos test psicométricos y preguntas de interés. Los cuestionarios fueron confidenciales, por lo que no era posible saber quién era el que respondía directamente. se obtuvo el consentimiento informado correspondiente antes de responder a las encuestas. Se recopilaron en total de 256 cuestionarios, pero se excluyeron 5 debido a que, 3 no dieron su asentimiento, 1 no contestó la totalidad de las preguntas y 1 no cumplía el mínimo de edad, por lo cual estos cuestionarios fueron apartados para el análisis de datos.

### **Instrumentos**

#### **DASS-21:**

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) es una herramienta de evaluación psicológica que se utiliza para medir los niveles de depresión, ansiedad y estrés en las personas. La escala DASS-21 consta de tres subescalas de autoinforme diseñadas para evaluar la intensidad y frecuencia de la ansiedad (7 ítems), la depresión (7 ítems) y el estrés (7 ítems). El sistema de puntuación varía de 0 a 3, lo que representa la evaluación de la semana anterior (que va desde "no me corresponde en absoluto" hasta "mayormente me

corresponde"). La escala de depresión evalúa sentimientos de tristeza, vacío, autocrítica, pérdida de interés e incapacidad para experimentar placer. La escala de Ansiedad evalúa los síntomas tanto psicológicos como físicos del miedo, la activación del sistema nervioso autónomo, la ansiedad ante determinadas situaciones y la experiencia personal del individuo al sentirse preocupado (20). La puntuación de la escala se determina sumando las puntuaciones de los ítems relacionados, que van de 0 a 21. La puntuación de la escala tiene un coeficiente de confiabilidad (Alfa) de 0,85 para la población chilena. En este caso, se calculó que el coeficiente alfa de Cronbach era  $\alpha = 0,949$ , mientras que se determinó que el coeficiente omega era  $\omega = 0,950$ . Los umbrales para la escala de depresión se establecieron en 5 puntos, mientras que la escala de ansiedad y la escala de estrés tenían umbrales de 5 puntos y 8 puntos respectivamente (para un total de 20 puntos). Los diferentes niveles de depresión se clasifican de la siguiente manera: "sin depresión" (0-4), "depresión leve" (5-6), "depresión moderada" (7-10), "depresión severa" (11-13), y "depresión extremadamente grave" ( $\geq 14$ ). Los niveles de ansiedad se clasifican de la siguiente manera: "sin ansiedad" (0-3), "ansiedad leve" (4), "ansiedad moderada" (5-7), "ansiedad severa" (8-9) y "extremadamente severa". ansiedad" ( $\geq 10$ ). Los niveles de estrés se clasifican de la siguiente manera: "sin estrés" (0 a 7), "estrés leve" (8 a 9), "estrés moderado" (10 a 12), "estrés severo" (13 a 16) y "estrés extremadamente severo" ( $\geq 17$ )

**Variables Sociodemográficas:** Dentro de las variables sociodemográficas estuvieron, edad, género, nacionalidad, ingreso familiar, tendencia sexual, estado civil, cantidad de hijos, nivel máximo de estudios alcanzados, con quien vive y la principal actividad que desempeñaban en estos momentos.

**Variables de Interés:** Las variables de interés se realizaron a través de preguntas cerradas con respuestas dicotómicas de SI/NO, dentro de las preguntas realizadas estuvieron: ¿Hay ideas que de pronto no me las puedo sacar de la cabeza?, ¿Tengo sobrepeso?, ¿Creo que soy adicto a las redes sociales?, ¿Me preocupo de lo que digan de mí?, ¿Creo que tengo baja autoestima?, ¿Alguna vez me he autolesionado?, ¿No dejo de mirar el celular?, ¿Estoy muy pendiente de los likes de mis publicaciones en redes sociales?, ¿Pago publicidad para promocionar publicaciones personales?, ¿He estado en tratamiento psicológico?, ¿He estado en tratamiento psiquiátrico?, ¿Tomo algún antidepresivo?, ¿Tomo algún ansiolítico?, ¿He sido víctima de bullying o acoso?, ¿He sufrido un evento traumático en mi vida?, ¿Mi

familia me presiona por cuestiones estéticas?, ¿He tenido problemas con la comida?, ¿Estoy excesivamente preocupado por mi aspecto físico?, ¿la preocupación por mi aspecto físico ha interferido en mis actividades sociales?, ¿la preocupación por mi aspecto físico ha interferido en mis obligaciones?, ¿Tiendo a compararme con los demás?, ¿Creo que necesito cirugías estéticas?

### **Escala de Suicidalidad OKASHA**

La Escala de Suicidalidad OKASHA es un instrumento ampliamente utilizado en la evaluación de riesgo suicida en individuos. Desarrollada por el psiquiatra egipcio Ahmed Okasha, esta escala proporciona una estructura sistemática para evaluar la presencia y la gravedad de los pensamientos, impulsos y comportamientos suicidas (Okasha, 1981).

La escala aborda una variedad de dimensiones relacionadas con la ideación y la conducta suicida, incluyendo la frecuencia e intensidad de los pensamientos de muerte, la presencia de un plan suicida, la accesibilidad a medios letales, y los intentos de suicidio previos.

Los ítems de la Escala de Suicidalidad OKASHA se presentan en forma de preguntas específicas que permiten una evaluación precisa del riesgo suicida. Los participantes proporcionan respuestas que reflejan la frecuencia, la duración y la intensidad de sus experiencias suicidas, lo que permite una categorización del riesgo suicida en diferentes niveles de severidad.

Rango	Severidad
0-9 Puntos	Baja a Moderado Riesgo Suicida
0-12 Puntos	Moderado a Alto Riesgo Suicida
Puntaje De Corte $\geq 5$	Indica Riesgo Significativo

### **Escala de bienestar subjetivo (EBS-8)**

Es un instrumento diseñado para medir el bienestar subjetivo percibido por los individuos en diversos aspectos de sus vidas. Esta escala, compuesta por ocho ítems cuidadosamente seleccionados, aborda tanto aspectos positivos como negativos del bienestar emocional y psicológico de los participantes. Según Diener et al. (1985), pioneros en el campo del bienestar subjetivo, este concepto abarca la evaluación cognitiva de la satisfacción con la vida, así como la presencia de experiencias emocionales positivas y negativas en la vida diaria de los individuos.

Cada uno de los ítems de la EBS-8 se centra en dimensiones específicas del bienestar subjetivo, incluyendo la satisfacción con la vida en general, el grado de positividad y negatividad experimentado en el día a día, y la percepción de control sobre la propia vida. Los participantes responden a cada ítem en una escala de Likert, donde indican el grado en que están de acuerdo con cada afirmación presentada.

La EBS-8 proporciona una medida comprensiva y multidimensional del bienestar subjetivo, permitiendo una evaluación más completa y detallada de la experiencia emocional y psicológica de los participantes. Al incorporar tanto aspectos positivos como negativos del bienestar, esta escala ofrece una perspectiva equilibrada que puede ayudar a comprender mejor la calidad de vida y el estado emocional de los individuos en el contexto del estudio.

Puntuación	Interpretación
0-8	Muy Bajo Bienestar Subjetivo
9-16	Bajo Bienestar Subjetivo
17-24	Moderado Bienestar Subjetivo
25-32	Alto Bienestar Subjetivo
33-40	Muy Alto Bienestar Subjetivo

## **Análisis estadístico**

En este estudio, se aplicaron múltiples técnicas estadísticas para analizar los datos. Los cuales fueron realizados en una primera instancia con el programa Excel. Se llevó a cabo un análisis descriptivo, donde se calcularon las medias y desviaciones estándar para todas las variables de interés, proporcionando una comprensión básica de la distribución de los datos. Posteriormente, se emplearon pruebas t de Student y ANOVA para investigar las diferencias significativas entre grupos. Estos análisis permitieron determinar si existían variaciones estadísticamente significativas en las medidas clave entre los diferentes grupos de participantes. Para explorar más a fondo las relaciones entre las variables, se realizó un análisis de regresión logística utilizando el método hacia adelante basado en la razón de verosimilitud (LR). Este enfoque permitió identificar las variables que contribuyen de manera significativa a la predicción del resultado de interés, seleccionándolas de manera iterativa para su inclusión en el modelo. Una vez identificadas las variables significativas, se procedió a realizar una regresión logística utilizando el método de inclusión. Este paso final en el análisis de regresión logística permitió evaluar el impacto conjunto y las relaciones entre las variables seleccionadas en relación con la variable dependiente. El ajuste del modelo final de regresión logística se evaluó mediante la Prueba de Hosmer y Lemeshow. Esta prueba proporcionó una medida cuantitativa de la bondad de ajuste del modelo, asegurando que las predicciones del modelo se alinearan adecuadamente con las observaciones reales.

## **3. RESULTADOS**

### **Características de los participantes**

Las características sociodemográficas de los sujetos de estudio se presentan en la Tabla 1. Los sujetos eran 74.5% mujeres, 25.1% hombres y 0.4% de otros géneros. El 81,3% se identifica con la tendencia sexual de Heterosexual, un 13.1% se identifica como Bisexual, el 4.8% se identifica como Homosexual y el 0.8 en otras tendencias. La mayor frecuencia de participantes se encontraba entre los 18 y 25 años representando el 51.4%, seguido por participantes entre 26 y 30 años con un 18.1% luego entre 31 y 35 años 8.1%, los

participantes con una edad mayor a 50 se encuentra en el 5.8% de los encuestados, luego entre 36 y 40 años 3.5% entre 41 y 45 años 3.1% y el tramo con menos frecuencia fue entre los 46 y 50 años con 1.9% de participantes. En cuanto a sus ocupaciones el 52.5% se encontraba estudiando, el 35.4% Trabaja, el 5.5% son Dueños de casa, el 2.7% es pensionado y el 3.5% se encontraba sin actividades. En este grupo de adultos el 78% se encontraba soltero, mientras que el 12% se encontraba casado y el 6.6% señala en convivencia civil o similar. De esta muestra el 70.2% no tenía hijos mientras que el 29.1% si tenía.

La Nacionalidad Chilena fue la más prevalente con un 97.2%, mientras que los extranjeros constituyeron en un 2.7%, ubicándose el 84.6% con residencia en la Zona Central, el 9.3% en la Zona Sur y un 3.5% en la Zona Norte de Chile.

En la muestra, el 45% de las personas manifiestan estar excesivamente preocupadas por su aspecto físico, mientras que el 55% no lo está. Además, el 40% señala que esta preocupación ha interferido en sus actividades sociales, y el 22% indica que también ha afectado en sus obligaciones.

**Tabla 1.** Participantes Características, diferencias de Depresión, Ansiedad y Estrés con características.

Características	Categorías	DEPRESIÓN				ANSIEDAD		ESTRÉS	
		N	%	M ± SD	t/F	M ± SD	t/F	M ± SD	t/F
Género	Femenino	187	74.5	2,17 ± 1,34	2.23 *	2,88 ± 1,63	1.44 *	2,17 ± 1,39	0.62 *
	Masculino	63	25.1	2,19 ± 1,30		2,48 ± 1,59		2,02 ± 1,28	
	Otro	1	0.4	5		3		1	
Tendencia Sexual	Heterosexual	204	81.3	2,10 ± 1,30	2.62 *	2,70 ± 1,60	1.98 *	2,08 ± 1,36	1.09 *
	Homosexual	12	4.8	2,58 ± 1,44		3,17 ± 1,74		2,58 ± 1,37	
	Bisexual	33	13.1	2,67 ± 1,47		3,21 ± 1,65		2,27 ± 1,42	

	Otro	2	0.8	1,00 ± 0,00		1,00 ± 0,00		1,00 ± 0,00		
	Tramo Edad 18 - 25	131	51. 4	2,39 ± 1,32	2.27 *	3,16 ± 1,57	3,87 0,001 *	2,40 ± 1,41	3,034 *	0,007 *
	Tramo Edad 26-30	47	18. 1	2,21 ± 1,44		2,60 ± 1,65		2,09 ± 1,47		
	Tramo Edad 31-35	21	8.1	1,95 ± 1,39		2,62 ± 1,74		1,62 ± 0,86		
Edad	Tramo Edad 36-40	9	3.5	2,56 ± 1,59		2,67 ± 1,58		2,44 ± 1,66		
	Tramo Edad 41-45	14	3.1	1,50 ± 0,94		1,71 ± 1,32		1,43 ± 0,75		
	Tramo Edad 46-50	8	1.9	1,50 ± 0,92		1,50 ± 0,75		1,63 ± 1,18		
	Tramo Edad más de 51	21	5.8	1,67 ± 1,11		2,19 ± 1,56		1,52 ± 0,98		
	Soltero	203	78. 8	2,28 ± 1,34	2.45 *	2,88 ± 1,60	1.96 *	2,19 ± 1,36	1.11 *	
	Casado	31	12	1,74 ± 1,21		2,19 ± 1,62		1,84 ± 1,31		
Estado Civil	Conviviente civil	7	2.7	2,43 ± 1,81		3,00 ± 2,00		2,29 ± 1,70		
	Otros	10	3.9	1,50 ± 0,97		2,30 ± 1,56		1,60 ± 1,26		
	Si	141	56	2,11 ± 1,29	0.8 *	2,72 ± 1,61	0.58 *	2,01 ± 1,26	1.23 *	
¿Actualmente se encuentra en una relación de pareja?	No	107	43	2,30 ± 1,40		2,87 ± 1,64		2,28 ± 1,48		

	Otro	3	1.4	1,67 ± 1,15		2,00 ± 1,73		2,00 ± 1,73	
¿Con quién vive?	Solo	34	13. 1	2,26 ± 1,39	0.16 *	2,68 ± 1,53	0.26 *	1,97 ± 1,33	0.66 *
	Con un Familiar	48	18. 9	2,27 ± 1,31		2,94 ± 1,64		2,33 ± 1,38	
	Con más de un Familiar	145	56	2,16 ± 1,35		2,77 ± 1,67		2,07 ± 1,34	
	Con acompañantes	24	9.3	2,08 ± 1,28		2,63 ± 1,52		2,25 ± 1,51	
¿Tiene hijos?	Si	73	29. 1	1,89 ± 1,24	-2.26 *	2,56 ± 1,64	-1.34 *	1,75 ± 1,17	-3.00 1 *
	No	178	70. 2	2,31 ± 1,36		2,87 ± 1,61		2,28 ± 1,41	
Región a la que Pertenece	Zona Norte	9	3.5	2,33 ± 1,80		3,11 ± 1,90	1.19 *	2,44 ± 1,59	1.85 *
	Zona Centro	218	86. 8	2,13 ± 1,29		2,72 ± 1,60		2,06 ± 1,35	
	Zona Sur	24	9.5	2,67 ± 1,52		3,21 ± 1,74		2,58 ± 1,34	
Nacionalidad	Chileno	245	97. 2	2,18 ± 1,33	-0.76 *	2,79 ± 1,63	0.81 *	2,11 ± 1,36	-0.87 *
	Extranjero	7	2.7	2,57 ± 1,71		2,29 ± 1,49		2,57 ± 1,39	
Nivel máximo de estudio	Enseñanza básica	4	1.5	2,75 ± 1,50	1.07 *	3,75 ± 1,89	0.9 *	2,25 ± 1,50	0.93 *
	Enseñanza Media	83	32	2,30 ± 1,42		2,88 ± 1,58		2,12 ± 1,40	
	Estudios Postgrado	14	5.4	1,57 ± 1,01		2,21 ± 1,36		1,86 ± 1,23	

	Estudios Educación Superior Técnico	45	17.4	2,18 ± 1,31		2,82 ± 1,68		2,22 ± 1,36	
	Estudios Educación Superior Universitarios	105	40.9	2,16 ± 1,31		2,71 ± 1,65		2,11 ± 1,37	
Principal actividad en estos momentos	Estudiantes	88	35	2,34 ± 1,35	1.84 *	3,03 ± 1,52	3,45 * 0,005 *	2,27 ± 1,36	2,90 * 0,014 *
	Estudiantes con ocupación	44	17.5	2,39 ± 1,40		3,18 ± 1,60		2,52 ± 1,62	
	Trabajador	89	35.4	2,00 ± 1,27		2,34 ± 1,60		1,83 ± 1,16	
	Pensionado	7	2.7	1,43 ± 1,13		1,57 ± 1,51		1,43 ± 1,13	
	Dueño de casa	14	5.5	1,79 ± 1,12		2,93 ± 1,73		1,71 ± 1,06	
	Sin actividad	9	3.5	2,78 ± 1,64		3,33 ± 1,73		2,78 ± 1,78	
Ingreso Familiar mensual	Menos de 500.000	86	33.2	2,58 ± 1,38	3.02 *	3,30 ± 1,53	3,83 * 0,005 *	2,37 ± 1,38	1.38 *
	500.000 a 1.000.000	101	39.4	1,94 ± 1,24		2,59 ± 1,63		1,95 ± 1,34	
	1.000.000 a 1.500.000	40	15.4	2,05 ± 1,31		2,35 ± 1,52		2,10 ± 1,41	
	1.500.000 a 2.500.000	14	5.4	2,14 ± 1,46		2,50 ± 1,69		2,21 ± 1,25	
	Más de 2.500.000	10	3.9	1,90 ± 1,37		2,78 ± 1,62		1,70 ± 1,33	
Tengo Facebook	SI	206	79.9	2,18 ± 1,34	-0.07 *	2,76 ± 1,64	-0.4 *	2,12 ± 1,35	-0.17 *

	No	45	17. 4	2,20 ± 1,35		2,87 ± 1,57		2,16 ± 1,42	
Me cuesta dormir	Si	123	47. 5	2,31 ± 2,31	1.41 *	3,08 ± 1,65	2.95 *	2,22 ± 1,39	1.09 *
	No	128	49. 8	2,07 ± 1,32		2,48 ± 1,54		2,03 ± 1,34	
Hay ideas que no puedo sacar de mi cabeza	Si	215	83. 4	2,26 ± 1,35	1.99 *	2,85 ± 1,62	1.66 *	2,17 ± 1,37	1.37 *
	No	36	13. 9	1,78 ± 1,19		2,36 ± 1,58		1,83 ± 1,32	
Tengo sobrepeso	Si	124	48. 3	2,21 ± 1,38	0.26 *	2,78 ± 1,69	0.052 *	2,14 ± 1,35	0.15 *
	No	127	49	2,17 ± 1,30		2,77 ± 1,56		2,11 ± 1,38	
Tengo Adicción a las Redes Sociales	Si	88	34	2,35 ± 1,26	1.43 *	2,95 ± 1,62	1.27 *	2,26 ± 1,36	1.17 *
	No	163	63. 3	2,10 ± 1,37		2,68 ± 1,62		2,05 ± 1,36	
Me preocupa lo que digan de mi	Si	131	50. 6	2,47 ± 1,34	3.51 *	3,21 ± 1,56	4.62 *	2,38 ± 1,39	3.18 *
	No	120	46. 7	1,88 ± 1,27		2,30 ± 1,56		1,84 ± 1,28	
Tengo baja autoestima	Si	129	50. 2	2,59 ± 1,39	4 0,002	3,24 ± 1,59	4.84 *	2,41 ± 1,40	3,51 0,014 *
	No	122	47. 1	1,76 ± 1,14		2,29 ± 1,51		1,82 ± 1,26	
Me he autolesionado	Si	101	39. 4	2,66 ± 1,44	10,002	3,33 ± 1,58	4.56 *	2,55 ± 1,50	4,05 0,000 *
	No	150	57. 9	1,87 ± 1,16		2,41 ± 1,55		1,83 ± 1,19	

No dejo de mirar el celular	Si	114	44.4	2,32 ± 1,34	1.48 *	2,88 ± 1,60	0.89 *	2,14 ± 1,33	0.17 *
	No	137	52.9	2,07 ± 1,33		2,69 ± 1,64		2,11 ± 1,40	
Estoy pendiente a likes en mis publicaciones	Si	61	23.6	2,41 ± 1,35	1.49 *	3,10 ± 1,67	1.782 *	2,21 ± 1,28	0.58 *
	No	190	73.7	2,12 ± 1,33		2,67 ± 1,60		2,09 ± 1,39	
Pago publicidad por publicaciones personales	Si	11	4.2	2,55 ± 1,36	0.9 *	2,82 ± 1,66	0.08 *	2,18 ± 1,47	0.14 *
	No	240	93.1	2,17 ± 1,34		2,78 ± 1,62		2,12 ± 1,36	
Estoy en Tratamiento psicológico	Si	154	59.5	2,41 ± 1,42	3,55 ,000 **	3,01 ± 1,64	2.94 *	2,31 ± 1,39	2.78 *
	No	97	37.8	1,84 ± 1,11		2,40 ± 1,53		1,82 ± 1,26	
Tratamiento Psiquiátrico	Si	84	32.4	2,48 ± 1,39	2.44 *	3,10 ± 1,58	2.21 *	2,36 ± 1,38	1.93 *
	No	167	64.9	2,04 ± 1,29		2,62 ± 1,62		2,01 ± 1,34	
Tomo algún Antidepresivo	Si	60	23.2	2,30 ± 1,28	0.74 *	3,13 ± 1,62	1.95 *	2,25 ± 1,33	0.82 *
	No	191	74.1	2,15 ± 1,36		2,66 ± 1,61		2,08 ± 1,37	
Tomo algún Ansiolítico	Si	45	17.4	2,47 ± 1,34	1.54 *	3,11 ± 1,61	1.52 *	2,47 ± 1,44	1.86 *
	No	206	79.9	2,13 ± 1,33		2,70 ± 1,62		2,05 ± 1,34	
He sido víctima de Bullying	Si	128	49.4	2,35 ± 1,41	1,99 * 0,011 *	3,17 ± 1,58	4.04 *	2,38 ± 1,43	3,02 * 0,011 *

	No	123	47. 9	2,02 ± 1,24		2,37 ± 1,57		1,86 ± 1,25		
He tenido un evento traumático	Si	185	71. 4	2,21 ± 1,33	0.46 *	2,84 ± 1,61	0.99 *	2,17 ± 1,38	0.85 *	
	No	66	25. 9	2,12 ± 1,36		2,61 ± 1,67		2,00 ± 1,31		
Mi familia me presiona por cuestiones estéticas	Si	78	30. 1	2,60 ± 1,47	3,14 * 0,006 *	3,24 ± 1,64	3.1 *	2,49 ± 1,44	2,75 * 0,030 *	
	No	173	67. 2	2,00 ± 1,23		2,57 ± 1,57		1,96 ± 1,30		
He tenido problemas con la comida	Si	151	58. 3	2,42 ± 1,42	3,56 * 0,001 *	3,10 ± 1,61	3.97 *	2,34 ± 1,44	3,23 * 0,000 *	
	No	100	39	1,84 ± 1,13		2,29 ± 1,52		1,80 ± 1,18		
Estoy excesivamente preocupado por mi aspecto físico	Si	112	45	2,31 ± 1,39	1.32 *	3,01 ± 1,63	2.04 *	2,28 ± 1,39	1.6 *	
	No	139	55	2,09 ± 1,29		2,59 ± 1,60		2,00 ± 1,33		
La preocupación por mi aspecto físico ha interferido en mis actividades sociales	Si	101	40	2,48 ± 1,37	2.82 *	3,14 ± 1,58	2.93 *	2,39 ± 1,39	2.52 *	
	No	150	60	1,99 ± 1,28		2,53 ± 1,61		1,95 ± 1,32		
La preocupación por mi aspecto físico ha interferido en mis obligaciones	Si	55	22	2,62 ± 1,32	2.73 *	3,56 ± 1,59	4.19 *	2,64 ± 1,39	3.2 *	
	No	196	78	2,07 ± 1,32		2,56 ± 1,57		1,98 ± 1,32		
Tiendo a compararme con los demás	Si	142	54. 8	2,49 ± 1,38	4,23 * 0,018 *	3,23 ± 1,59	5.33 *	2,42 ± 1,42	4,17 * 0,000 *	
	No	109	42. 5	1,80 ± 1,18		2,18 ± 1,47		1,73 ± 1,18		

Creo que necesito cirugías estéticas	Si	114	44	2,32 ± 1,41	1.48 *	3,01 ± 1,65	2.07 *	2,22 ± 1,45	1,002 ± 0,013 *
	No	138	53.3	2,07 ± 1,27		2,58 ± 1,58		2,04 ± 1,29	

### Estadísticas Descriptivas de Depresión, Ansiedad y Estrés

El puntaje promedio de depresión entre diferentes grupos revela diferencias significativas entre las categorías demográficas. Las participantes femeninas tuvieron un puntaje promedio de depresión de 2.17 (SD = 1.34), que fue estadísticamente significativo con un valor t de 2.23. Los participantes masculinos tuvieron un puntaje promedio de depresión de 2.19 (SD = 1.30), mientras que los participantes que se identificaron como "Otro" tuvieron un puntaje de depresión de 5. Los participantes heterosexuales tuvieron un puntaje promedio de depresión de 2.10 (SD = 1.30), mostrando también significancia estadística con un valor t de 2.62.

En términos de ansiedad, las participantes femeninas tuvieron un puntaje promedio de 2.88 (SD = 1.63), con un valor t de 1.44 que indica una diferencia significativa. Los participantes masculinos tuvieron un puntaje promedio de ansiedad de 2.48 (SD = 1.59). Los participantes que se identificaron como "Otro" tuvieron un puntaje de ansiedad de 3. Los participantes heterosexuales mostraron una diferencia significativa con un puntaje promedio de ansiedad de 2.70 (SD = 1.60) y un valor t de 1.98.

Para el estrés, las participantes femeninas tuvieron un puntaje promedio de 2.17 (SD = 1.39), que fue estadísticamente significativo con un valor t de 0.62. Los participantes masculinos tuvieron un puntaje promedio de estrés de 2.02 (SD = 1.28). Los participantes que se identificaron como "Otro" tuvieron un puntaje de estrés de 1. Los participantes heterosexuales tuvieron un puntaje promedio de estrés de 2.08 (SD = 1.36), mostrando significancia estadística con un valor t de 1.09.

Los grupos de edad mostraron variaciones notables. Los jóvenes de 18-25 años presentaron los puntajes más altos con un promedio de depresión de 239 (SD = 132), ansiedad de 316 (SD = 157) y estrés de 240 (SD = 141). En contraste, los participantes de más de 51 años

tuvieron los puntajes más bajos con una media de depresión de 167 (SD = 111), ansiedad de 219 (SD = 156) y estrés de 152 (SD = 98).

Aquellos que estaban excesivamente preocupados por su aspecto físico mostraron puntajes promedio más altos en depresión (231, SD = 139), ansiedad (301, SD = 163) y estrés (228, SD = 139), en comparación con aquellos que no compartían esta preocupación, quienes presentaron puntajes de 209 (SD = 129), 259 (SD = 160) y 200 (SD = 133) respectivamente.

Los participantes cuya preocupación por su aspecto físico interfirió en sus actividades sociales tuvieron puntajes más altos en depresión (248, SD = 137), ansiedad (314, SD = 158) y estrés (239, SD = 139) en comparación con aquellos sin tal interferencia, cuyos puntajes fueron 199 (SD = 128), 253 (SD = 161) y 195 (SD = 132) respectivamente.

Los participantes que reportaron interferencia de la preocupación por su aspecto físico en sus obligaciones presentaron puntajes promedio de depresión de 262 (SD = 132), ansiedad de 356 (SD = 159) y estrés de 264 (SD = 139), significativamente más altos que los puntajes de aquellos que no reportaron tal interferencia (207, SD = 132; 256, SD = 157; 198, SD = 132).

**Tabla 2.** Características de Participantes, diferencias de Ideación Suicida, Intento Suicida y Escala de bienestar subjetivo.

Características	Categorías			IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA		BIENESTAR	
		N	%	M ± SD	t/F	M ± SD	t/F	M ± SD	t/F
Género	Femenino	187	74.5	3,82 ± 2,89	2,08 *	0,58 ± 0,87	0,293 *	31,72 ± 6,16	0,98 *
	Masculino	63	25.1	3,43 ± 2,93		0,52 ± 0,87		32,79 ± 5,45	
	Otro	1	0.4	9		0,00 ± 00		36,00 ±	
Tendencia Sexual	Heterosexual	204	81.3	3,56 ± 2,87	2,62 0,051 *	0,49 ± 0,81	3,24 0,23 *	32,03 ± 6,04	0,23 *

	Homosexual	12	4.8	4,42 ± 2,64		0,83 ± 1,19		32,17 ± 7,89	
	Bisexual	33	13.1	4,82 ± 3,07		0,94 ± 1,02		31,97 ± 5,10	
	Otro	2	0.8	3,75 ± 2,91		0,00 ± 0,00		28,50 ± 6,36	
Edad	Tramo Edad 18 - 25	131	51.4	4,21 ± 2,93	3,29 0,004 *	* 0,69 ± 0,96	2,47 0,024	32,34 ± 6,08	1.48
	Tramo Edad 26-30	47	18.1	4,23 ± 3,00		0,62 ± 0,84		33,11 ± 4,31	
	Tramo Edad 31-35	21	8.1	2,24 ± 2,52		0,24 ± 0,62		32,24 ± 2,87	
	Tramo Edad 36-40	9	3.5	4,00 ± 3,24		0,78 ± 0,97		30,11 ± 9,38	
	Tramo Edad 41-45	14	3.1	2,29 ± 2,73		0,36 ± 0,63		28,50 ± 8,28	
	Tramo Edad 46-50	8	1.9	3,13 ± 2,23		0,25 ± 0,70		30,88 ± 5,82	
	Tramo Edad más de 51	21	5.8	2,38 ± 2,06		0,10 ± 0,43		30,81 ± 5,82	
Estado Civil	Soltero	203	78.8	3,86 ± 2,96	1.17 *	* 0,63 ± 0,92	2.13 *	32,24 ± 6,04	0.12 *
	Casado	31	12	2,94 ± 2,60		0,32 ± 0,65		29,77 ± 6,64	
	Conviviente civil	7	2.7	4,57 ± 3,40		0,43 ± 0,53		32,29 ± 1,60	
	Otros	10	3.9	3,30 ± 2,16		0,10 ± 0,31		34,00 ± 2,62	
¿Actualmente se encuentra en una relación de pareja?	Si	141	56.6	3,85 ± 2,94	0.5 *	* 0,56 ± 0,87	0.02 *	31,43 ± 6,13	1.61 *

	No	107	43	3,64 ± 2,87		0,56 ± 0,88		32,70 ± 5,80	
	Otro	3	1.4	2,33 ± 3,21		0,67 ± 1,15		34,33 ± 3,78	
¿Con quién vive?	Solo	34	13. 1	3,79 ± 2,83	1.38* *	0,59 ± 0,92	0.06 *	31,21 ± 6,74	1.81 *
	Con un Familiar	48	18. 9	4,27 ± 2,84		0,56 ± 0,92		32,13 ± 4,30	
	Con más de un Familiar	145	56	3,72 ± 2,96		0,54 ± 0,83		31,72 ± 6,45	
	Con acompañantes	24	9.3	2,79 ± 2,79		0,63 ± 1,01		34,58 ± 4,33	
¿Tiene hijos?	Si	73	29. 1	2,97 ± 2,68	-2.72 *	0,34 ± 0,65	-2,98 0,000 *	30,52 ± 6,88	-2.53 7 *
	No	178	70. 2	4,06 ± 2,95		0,65 ± 0,94		32,61 ± 5,49	
Región a la que Pertenece	Zona Norte	9	3.5	4,33 ± 4,12	2.61 *	0,89 ± 1,36	0,88 0,41 *	29,33 ± 11,02	1.38 *
	Zona Centro	218	86. 8	3,59 ± 2,87		0,54 ± 0,85		31,98 ± 5,72	
	Zona Sur	24	9.5	4,96 ± 2,91		0,67 ± 0,81		33,21 ± 5,91	
Nacionalidad	Chileno	245	97. 2	3,74 ± 2,91	-0.23 *	0,56 ± 0,87		32,05 ± 6,06	0.76 *
	Extranjero	7	2.7	4,00 ± 3,05		0,57 ± 0,97		30,29 ± 2,43	
Nivel máximo de estudio	Enseñanza básica	4	1.5	3,00 ± 2,94	0.31 *	0,25 ± 0,50	1.21 *	26,50 ± 11,03	1.71 *
	Enseñanza Media	83	32	3,90 ± 2,94		0,66 ± 0,91		32,20 ± 6,30	

	Estudios Postgrado	14	5.4	3,21 ± 2,35		0,14 ± 0,36			29,79 ± 6,33	
	Estudios Educación Superior Técnico	45	17.4	3,53 ± 3,05		0,56 ± 0,89			31,44 ± 6,96	
	Estudios Educación Superior Universitarios	105	40.9	3,81 ± 2,93		0,55 ± 0,88			32,59 ± 4,86	
Principal actividad en estos momentos	Estudiantes	88	35	4,02 ± 2,796	2,61 0,025	0,72 ± 0,95	2,45 ± 0,03	* *	33,40 ± 4,62	2,54 *
	Estudiantes con ocupación	44	17.5	4,55 ± 3,05		0,70 ± 0,97			31,75 ± 6,78	
	Trabajador	89	35.4	3,22 ± 2,89		0,42 ± 0,73			30,98 ± 6,22	
	Pensionado	7	2.7	1,86 ± 1,57		0,00 ± 0,00			30,00 ± 7,72	
	Dueño de casa	14	5.5	2,93 ± 2,70		0,21 ± 0,57			29,71 ± 7,23	
	Sin actividad	9	3.5	5,00 ± 3,35		0,78 ± 1,09			34,89 ± 5,66	
Ingreso Familiar mensual	Menos de 500.000	86	33.2	4,34 ± 2,89	1,77 *	0,76 ± 0,99	2,5 ± 0,4	* *	31,30 ± 7,12	0,77 *
	500.000 a 1.000.000	101	39.4	3,51 ± 2,88		0,49 ± 0,77			32,07 ± 5,64	
	1.000.000 a 1.500.000	40	15.4	2,98 ± 2,86		0,35 ± 0,80			33,30 ± 4,20	
	1.500.000 a 2.500.000	14	5.4	3,93 ± 3,38		0,79 ± 1,05			31,86 ± 6,43	
	Más de 2.500.000	10	3.9	3,75 ± 2,91		0,20 ± 0,42			32,00 ± 5,99	

Tengo Facebook	SI	206	79.9	3,85 ± 2,89	1.21	*	0,56 ± 0,88	0.05	*	31,67± 6,171	-1.89	8	*
	No	45	17.4	3,27 ± 2,98			0,56 ± 0,84			33,53± 4,897			
Me cuesta dormir	Si	123	47.5	4,15 ± 2,91	2.15	*	0,70 ± 0,93	2,45	0,002	*	32,10± 6,13	0.242	*
	No	128	49.8	3,36 ± 2,87			0,43 ± 0,80			31.91 ± 5,88			
Hay ideas que no puedo sacar de mi cabeza	Si	215	83.4	3,92 ± 2,93	2.29	*	0,62 ± 0,90	4,00	0,000	*	31,87±5,98	-0.86	6
	No	36	13.9	2,72 ± 2,63			0,19 ± 0,52			32,81±6,11			
Tengo sobrepeso	Si	124	48.3	3,84 ± 3,09	0.5	*	0,66 ± 0,94	1,78	0,003	*	31,64±6,44	-0.95	8
	No	127	49	3,65 ± 2,74			0,46 ± 0,79			32,36±5,52			
Tengo Adicción a las Redes Sociales	Si	88	34	4,03 ± 2,77	1.15	*	0,63 ± 0,87	0.84	*	31,65±6,38	-0.69	1	*
	No	163	63.3	3,59 ± 2,98			0,53 ± 0,87			32,20± 5,78			
Me preocupa lo que digan de mi	Si	131	50.6	4,46 ± 2,83	4.17	*	0,73 ± 0,93	3,32	0,000	*	32,57± 5,82	1.57	*
	No	120	46.7	2,97 ± 2,81			0,38 ± 0,76			31,38 ± 6,13			
Tengo baja autoestima	Si	129	50.2	4,61 ± 2,94	5.08	*	0,79 ± 0,98	4,45	0,000	*	32,33± 5,63	0.89	*
	No	122	47.1	2,83 ± 2,60			0,32 ± 0,67			31,66± 6,35			
Me he autolesionado	Si	101	39.4	4,89 ± 2,93	5.38	*	0,90 ± 0,99	4,9	0,000	*	32,36± 6,40	0.76	*

	No	150	57.9	2,97 ± 2,64			0,33 ± 0,70			31,77 ± 5,71		
No dejo de mirar el celular	Si	114	44.4	3,85 ± 2,85	0.52 *		0,62 ± 0,92	1 *		32,19 ± 6,09	0.45 *	*
	No	137	52.9	3,66 ± 2,97			0,51 ± 0,83			31,85 ± 5,92		
Estoy pendiente a likes en mis publicaciones	Si	61	23.6	4,38 ± 2,88	1.95 *		0,77 ± 0,99	1,96 *	0,003 *	31,98 ± 6,56	-0.03 *	*
	No	190	73.7	3,54 ± 2,90			0,49 ± 0,82			32,01 ± 5,81		
Pago publicidad por publicaciones personales	Si	11	4.2	4,18 ± 3,71	0.5 *		0,64 ± 0,80	0.28 *		32,36 ± 7,55	0.2 *	*
	No	240	93.1	3,73 ± 2,88			0,56 ± 0,88			31,99 ± 5,93		
Estoy en Tratamiento psicológico	Si	154	59.5	4,21 ± 3,02	3,34 0,002		0,68 ± 0,92	2,72 *	0,000 *	31,91 ± 5,62	-0.31 *	*
	No	97	37.8	3,01 ± 2,57			0,38 ± 0,77			32,15 ± 6,56		
Tratamiento Psiquiátrico	Si	84	32.4	4,62 ± 3,11	3,44 *		0,85 ± 0,92	3,57 *	0,003 *	31,92 ± 6,11	0.38 *	*
	No	167	64.9	3,31 ± 2,71			0,42 ± 0,81			32,05 ± 5,95		
Tomo algún Antidepresivo	Si	60	23.2	4,30 ± 3,18	1.69 *		0,70 ± 0,92	1,34 *	0,50 *	31,87 ± 6,57	-0.2 *	*
	No	191	74.1	3,57 ± 2,81			0,52 ± 0,85			32,05 ± 5,82		
Tomo algún Ansiolítico	Si	45	17.4	4,44 ± 3,18	1.78 *		0,93 ± 1,00	2,81 *	0,002 *	31,13 ± 7,10	-1.07 *	*
	No	206	79.9	3,59 ± 2,84			0,48 ± 0,82			32,19 ± 5,72		

He sido víctima de Bullying	Si	128	49.4	4,45 ± 2,98	3.99 *	0,78 ± 0,94	4,18 ± 0,000 *	32,50 ± 5,97	1.33 *
	No	123	47.9	3,02 ± 2,66		0,33 ± 0,73		31,49 ± 6,01	
He tenido un evento traumático	Si	185	71.4	4,00 ± 2,93	2.34 *	0,64 ± 0,91	2,32 ± 0,000 *	32,17 ± 5,72	0.72 *
	No	66	25.9	3,03 ± 2,77		0,35 ± 0,73		31,55 ± 6,73	
Mi familia me presiona por cuestiones estéticas	Si	78	30.1	4,77 ± 2,99	3.83 *	0,83 ± 0,97	3,13 ± 0,001 *	31,04 ± 6,69	-1.72 *
	No	173	67.2	3,28 ± 2,76		0,44 ± 0,80		32,44 ± 5,62	
He tenido problemas con la comida	Si	151	58.3	4,49 ± 2,86	5.23 *	0,77 ± 0,96	5,41 ± 0,000 *	32,03 ± 5,96	0.09 *
	No	100	39	2,62 ± 2,63		0,24 ± 0,60		31,96 ± 6,07	
Estoy excesivamente preocupado por mi aspecto físico	Si	112	45	4,29 ± 3,07	2.71 *	0,78 ± 0,99	3,45 ± 0,000 *	31,85 ± 6,34	-0.36 *
	No	139	55	3,30 ± 2,71		0,39 ± 0,72		32,13 ± 5,71	
La preocupación por mi aspecto físico ha interferido en mis actividades sociales	Si	101	40	4,41 ± 2,96	2.99 *	0,83 ± 0,99	3,90 ± 0,000 *	31,53 ± 6,56	-1.01 *
	No	150	60	3,30 ± 2,80		0,38 ± 0,73		32,32 ± 5,58	
La preocupación por mi aspecto físico ha interferido en mis obligaciones	Si	55	22	4,95 ± 2,90	3.53 *	0,96 ± 1,01	3,46 ± 0,002 *	32,56 ± 6,13	0.78 *
	No	196	78	3,41 ± 2,83		0,45 ± 0,79		31,85 ± 5,96	
Tiendo a compararme con los demás	Si	142	54.8	4,44 ± 2,97	4,57 0,032	0,75 ± 0,95	4,25 ± 0,000 *	32,22 ± 5,58	0.64 *

	No	109	42.5	2,83 ± 2,58			0,31 ± 0,69		31,72 ± 6,50	
Creo que necesito cirugías estéticas	Si	114	44	4,12 ± 3,00	1.88 *		0,74 ± 0,96	2,87 * 0,000 *	32,31 ± 6,13	0.73 *
	No	138	53.3	3,43 ± 2,81			0,42 ± 0,76		31,75 ± 5,88	

### Estadísticas Descriptivas de Ideación Suicida, Intento Suicida y Bienestar subjetivo.

Las estadísticas descriptivas de las variables investigadas, que incluyen la ideación suicida, el intento suicida y la autoestima, se presentan en la tabla proporcionada, segmentadas por género, tendencia sexual, edad y variables de interés.

#### Ideación Suicida

En cuanto a la ideación suicida, las participantes femeninas tuvieron un puntaje promedio de 3.82 (SD = 2.89), que fue estadísticamente significativo con un valor t de 2.08. Esto sugiere una mayor tendencia a la ideación suicida en mujeres en comparación con otras categorías de género. Los participantes masculinos presentaron un puntaje promedio ligeramente inferior de 3.43 (SD = 2.93). En el caso de los participantes que se identificaron como "Otro", aunque solo hubo un caso, se registró un puntaje de ideación suicida de 9, lo cual es notablemente alto. Respecto a la tendencia sexual, los participantes heterosexuales tuvieron un puntaje promedio de ideación suicida de 3.56 (SD = 2.87). Este grupo también mostró una diferencia marginalmente significativa con un valor t de 2.62 (p = 0.051), indicando que la tendencia sexual podría ser un factor relevante en la ideación suicida.

El grupo de 18-25 años presentó los puntajes más altos de ideación suicida (421, SD = 293). En cambio, los participantes de más de 51 años mostraron los puntajes más bajos en ideación suicida (238, SD = 206). Aquellos con excesiva preocupación por su aspecto físico mostraron mayores niveles de ideación suicida (429, SD = 307), en comparación con aquellos que no compartían esta preocupación (330, SD = 271). Los participantes cuya

preocupación por el aspecto físico interfería en sus actividades sociales presentaron puntajes más altos de ideación suicida (441, SD = 296), en comparación con aquellos sin tal interferencia (330, SD = 280), también los participantes que reportaron interferencia de la preocupación por su aspecto físico en sus obligaciones tuvieron puntajes promedio más altos de ideación suicida (495, SD = 290).

### **Intento Suicida**

Para el intento suicida, las participantes femeninas registraron un puntaje promedio de 0.58 (SD = 0.87), mientras que los participantes masculinos tuvieron un puntaje promedio de 0.52 (SD = 0.87). No se reportaron intentos suicidas en el único caso identificado como "Otro". En cuanto a la tendencia sexual, los participantes heterosexuales mostraron un puntaje promedio de 0.49 (SD = 0.81). En el análisis de significancia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de intento suicida ni por género ( $t=0.293$ ) ni por tendencia sexual ( $t=3.24, p=0.23$ ). Esto indica que, aunque los puntajes de intento suicida varían ligeramente entre las categorías, estas diferencias no alcanzan la significancia estadística en este análisis. Aquellos con excesiva preocupación por su aspecto físico mostraron mayores niveles de intento suicida (0.78, SD = 0.99), en comparación con aquellos que no compartían esta preocupación (0.39, SD = 0.72). Los participantes cuya preocupación por el aspecto físico interfería en sus actividades sociales presentaron puntajes más altos de intento suicida (0.83, SD = 0.99), así también Los participantes que reportaron interferencia de la preocupación por su aspecto físico en sus obligaciones (0.96, SD = 1.01).

### **Bienestar subjetivo**

En términos de bienestar, las participantes femeninas tuvieron un puntaje promedio de 31.72 (SD = 6.16), con un valor t de 0.98 que indica significancia estadística. Los participantes masculinos presentaron un puntaje promedio ligeramente superior de 32.79 (SD = 5.45). En el caso de los participantes que se identificaron como "Otro", se observó un puntaje de 36, aunque este dato se basa en una sola observación. Los participantes heterosexuales mostraron un puntaje promedio de autoestima de 32.03 (SD = 6.04), y este grupo también mostró diferencias estadísticamente significativas con un valor t de 0.23.

Esto sugiere que tanto el género como la tendencia sexual pueden influir en los niveles de bienestar subjetivo, siendo notablemente más altos en los casos reportados como "Otro" y heterosexuales, lo cual podría tener implicaciones importantes para la orientación de estrategias de apoyo e intervención en salud mental.

**Tabla 3. Regresión Logística Binaria**

Variables en la ecuación						
Variabes	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Ser Mujer	1,461	0,485	9,090	1	0,003	4,311
Vivir Solo	-1,139	0,574	3,932	1	0,047	0,320
Ser Dueña de Casa	-2,928	1,105	7,026	1	0,008	0,054
Ingresos de 1Mill a1.5Mill	-0,880	0,529	2,765	1	0,096	0,415
Ansiedad	-0,898	0,490	3,361	1	0,067	0,408
Estrés	1,154	0,441	6,833	1	0,009	3,170
Intentos suicidas	1,690	0,471	12,890	1	0,000	5,421
Pasar Mucho Tiempo en Redes Sociales	1,496	0,480	9,738	1	0,002	4,465
Tener Facebook	-1,535	0,500	9,431	1	0,002	0,215
Me preocupo de lo que digan de mi	0,708	0,402	3,097	1	0,078	2,029

Creo que tengo baja autoestima	2,513	0,446	31,791	1	0,000	12,345
He estado en tratamiento psiquiátrico	-0,956	0,504	3,600	1	0,058	0,385
Tomo algún antidepresivo	1,157	0,496	5,435	1	0,020	3,180
Constante	-3,815	0,771	24,510	1	0,000	0,022

### **Análisis de Regresión Logística**

En el análisis de regresión logística para la dismorfia corporal, se identificaron varias variables demográficas y conductuales que mostraron asociaciones significativas con el riesgo de desarrollar esta condición. Ser mujer se asoció significativamente con un mayor riesgo de dismorfia corporal, con un coeficiente B de 1.461 (SE = 0.494), un valor Wald de 8.765 y un  $p = 0.003$ . El odds ratio (Exp(B)) fue de 4.311, lo que indica que las mujeres tienen aproximadamente 4.31 veces más probabilidades de presentar dismorfia corporal en comparación con los hombres (95% CI [1.628, 11.418]). Por otro lado, vivir solo se asoció significativamente con una disminución en el riesgo de dismorfia corporal, reflejado en un coeficiente B de -1.139 (SE = 0.573), un valor Wald de 3.952 y un  $p = 0.047$ . El odds ratio fue de 0.320, sugiriendo que las personas que viven solas tienen aproximadamente un 68% menos de probabilidades de tener dismorfia corporal comparado con aquellas que no viven solas (95% CI [0.104, 0.983]). De manera similar, ser dueña de casa también se asoció con una menor probabilidad de dismorfia corporal, con un coeficiente B de -2.928 (SE = 1.103), un valor Wald de 7.051 y un  $p = 0.008$ . El odds ratio de 0.054 indica que las dueñas de casa tienen aproximadamente un 94.6% menos de probabilidades de desarrollar dismorfia corporal en comparación con las que no son dueñas de casa (95% CI [0.007, 0.434]). En contraste, experimentar estrés se vinculó significativamente con un aumento en el riesgo de dismorfia corporal, con un coeficiente B de 1.154 (SE = 0.443), un valor Wald de 6.791 y un  $p = 0.009$ . El odds ratio fue de 3.170, lo que implica que las personas con estrés tienen aproximadamente 3.17 veces más probabilidades de sufrir dismorfia corporal

en comparación con aquellas sin estrés (95% CI [1.332, 7.546]). Adicionalmente, haber tenido intentos suicidas mostró una fuerte asociación con un mayor riesgo de dismorfia corporal, con un coeficiente B de 1.690 (SE = 0.390), un valor Wald de 18.751 y un  $p < 0.001$ . El odds ratio de 5.421 indica que las personas con antecedentes de intentos suicidas tienen aproximadamente 5.42 veces más probabilidades de experimentar dismorfia corporal en comparación con aquellas sin tales antecedentes (95% CI [2.528, 11.631]). El uso intensivo de redes sociales se asoció significativamente con un aumento en la probabilidad de dismorfia corporal, con un coeficiente B de 1.496 (SE = 0.482), un valor Wald de 9.643 y un  $p = 0.002$ . El odds ratio de 4.465 sugiere que quienes pasan mucho tiempo en redes sociales tienen aproximadamente 4.47 veces más probabilidades de desarrollar dismorfia corporal en comparación con aquellos que no lo hacen (95% CI [1.700, 11.729]). Por otro lado, tener una cuenta en Facebook se asoció significativamente con una disminución en el riesgo de dismorfia corporal, con un coeficiente B de -1.535 (SE = 0.489), un valor Wald de 9.843 y un  $p = 0.002$ . El odds ratio fue de 0.215, lo que indica que las personas con una cuenta en Facebook tienen aproximadamente un 78.5% menos de probabilidades de tener dismorfia corporal en comparación con aquellas que no tienen una cuenta en Facebook (95% CI [0.085, 0.542]). Por último, la percepción de tener baja autoestima se asoció fuertemente con un aumento significativo en la probabilidad de dismorfia corporal, reflejado en un coeficiente B de 2.513 (SE = 0.448), un valor Wald de 31.465 y un  $p < 0.001$ . El odds ratio fue de 12.345, lo que sugiere que las personas que creen tener baja autoestima tienen aproximadamente 12.35 veces más probabilidades de desarrollar dismorfia corporal en comparación con aquellas que no tienen esa percepción (95% CI [5.115, 29.806]). Además, tomar antidepresivos se asoció significativamente con un mayor riesgo de dismorfia corporal, con un coeficiente B de 1.157 (SE = 0.499), un valor Wald de 5.367 y un  $p = 0.020$ . El odds ratio de 3.180 indica que las personas que toman antidepresivos tienen aproximadamente 3.18 veces más probabilidades de sufrir dismorfia corporal en comparación con aquellas que no los toman (95% CI [1.203, 8.410]).

#### **4. DISCUSIÓN**

##### **Resumen de los Hallazgos Principales**

En este estudio, se exploraron diversas variables sociodemográficas y psicológicas asociadas con la aparición del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). Los resultados revelan que ciertos factores, como el género, la edad, el nivel socioeconómico, y aspectos psicológicos como la autoestima y la insatisfacción corporal, juegan roles significativos en el desarrollo de este trastorno. En particular, se observó una mayor prevalencia de TDC en mujeres jóvenes y en individuos con niveles más bajos de autoestima y mayores niveles de insatisfacción corporal. Además, las personas de nivel socioeconómico más bajo presentaron una mayor predisposición a desarrollar TDC, lo que sugiere la influencia del entorno socioeconómico en la percepción y la preocupación por la apariencia física.

### **Comparación con la Literatura Existente**

Nuestros hallazgos están en consonancia con la literatura previa, que ha identificado el género y la edad como factores de riesgo significativos para el TDC. Estudios anteriores han destacado que las mujeres son más propensas a sufrir de TDC en comparación con los hombres, posiblemente debido a la mayor presión social sobre la apariencia física (Phillips, 2004). Asimismo, la adolescencia y la juventud temprana son períodos críticos para la aparición de TDC, lo que se alinea con nuestras observaciones (Veale, 2004). La relación entre baja autoestima, insatisfacción corporal y TDC también ha sido ampliamente documentada en investigaciones anteriores, subrayando la importancia de estos factores psicológicos en la etiología del trastorno (Cash & Pruzinsky, 2002). Comprendemos que el avance y la preocupación de manera más minuciosa en retratar el TDC en la sociedad nos entrega diferentes resultados, ya que, como se comentó con anterioridad, el sexo femenino tiene una incidencia mayor en el trastorno en la actualidad, pero ciertos estudios realizados con anterioridad nos mostraban que, si bien el TDC se mostraba en ambos sexos, este tenía cierta predominancia en el sexo masculino (Behar, 2016). Esta disparidad de género puede estar influenciada por una combinación de factores socioculturales y psicológicos. Las mujeres, más que los hombres, están expuestas a una intensa presión social para cumplir con estándares de belleza específicos, perpetrados por los medios de comunicación y las plataformas de redes sociales (Mitchison et al., 2021). Desde una perspectiva psicológica, la internalización de los cánones de belleza y la constante comparación social pueden aumentar la insatisfacción corporal y contribuir al desarrollo de la dismorfia corporal

(Fardouly et al., 2018). Como logramos apreciar los modelos o cánones existentes dentro de los roles de género tradicionales que enfatizan en la apariencia física femenina pueden exacerbar estos efectos, generando por consiguiente la necesidad de crear intervenciones que aborden la presión sociocultural y a su vez promuevan una imagen corporal positiva entre las mujeres.

Por otra parte, si vemos otro punto que salta a la luz de manera llamativa es el estado civil de los encuestados, ya que es intrigante hacer cuestionarse acerca del papel de las interacciones entre personas en la percepción de la imagen corporal tanto ajena como propia. Una hipótesis plausible es que las personas que viven solas tienen menos oportunidades para compararse con otros de manera directa, lo que podría reducir la presión para cumplir con estándares físicos específicos. Sin embargo, en estudios se nos plantea que, también es posible que aquellos que viven solos desarrollen una mayor independencia y autoaceptación, lo que podría proteger contra la dismorfia corporal (Christensen et al., 2020). Así también resalta que la ocupación con menos pronóstico de padecer TDC es ser dueña de casa, esto reflejaba que el estar en una menor exposición a entornos laborales competitivos donde la apariencia física puede ser evaluada críticamente (Tiggemann & Williams, 2012). Sin embargo, es necesario considerar que las dueñas de casa podrían experimentar menos presión para cumplir con expectativas externas de apariencia debido a su rol más privado del entorno social competitivo, lo que podría contribuir a una mayor aceptación de su propio cuerpo. Este hallazgo resalta la importancia de considerar cómo diferentes roles y contextos ocupacionales pueden influir en la percepción de la imagen corporal y el riesgo de desarrollar dismorfia corporal. Es así que la autovalidación juega un rol fundamental en el no desarrollo del TDC. Como también el tener bajos niveles de estrés disminuiría significativamente el riesgo, esto siendo explicado por la relación entre el estrés crónico y la autocrítica exacerbada (Shanmugam et al., 2019). Sumándole a esto anteriormente mencionado en nuestro mundo contemporáneo el constante bombardeo por parte de la internet hace que las personas estén constantemente buscando una aprobación externa, y su foco principal está puesto en la comparación, ya que tenemos al alcance de un click las redes sociales, especialmente aquellas que enfatizan la presentación visual como Instagram, pueden promover comparaciones sociales frecuentes y la exposición a imágenes corporalmente idealizadas (Turner & Lefevre, 2017). Esto generaría una comparación

constante lo que podría encaminar la insatisfacción corporal y a la dismorfia corporal. Además, el uso de filtros y la edición de imágenes pueden distorsionar aún más la percepción de la realidad, exacerbando la dismorfia corporal (Kleemans et al., 2018).

En contraste a esto de las redes sociales enmarcamos una excepción, ya que según los datos, el poseer una cuenta de Facebook se asocia con un menor riesgo de tener TDC, esto en comparación con otras redes sociales, debido a que Facebook puede centrarse en mantener más las conexiones sociales y menos la presentación de imágenes idealizadas (Meier & Gray, 2014), esto sugiere que no todas las redes sociales tienen el mismo impacto en la percepción de la imagen corporal y que es de suma importancia considerar las características específicas de cada plataforma.

Gracias a esto podemos explicar que las personas bajo estrés constante pueden desarrollar mecanismos de afrontamiento desadaptativos, enfocándose negativamente en su apariencia física como una forma de canalizar su angustia emocional. Podemos sugerir que, si queremos llevar a cabo intervenciones efectivas el TDC deben incluir componentes de manejo del estrés, enseñando a las personas técnicas de afrontamiento ya sea tanto saludables como también adaptativas. Esto es de suma importancia, ya que es clave para prevenir ciertas correlaciones, como la asociación de haber tenido intentos suicidas y un mayor riesgo de contraer TDC, este trastorno puede conllevar directamente a una angustia psicológica significativa, mostrándonos de esta manera la bidireccionalidad en la relación en donde la dismorfia corporal contribuye a la depresión y por ende la desesperanza inversamente (Angelakis et al., 2016). Otro factor que incide fuertemente en la aparición del TDC es una baja percepción de autoestima, ya que esto puede predisponer a las personas ya sea tanto a una mayor preocupación por su apariencia física, como también a la susceptibilidad a las comparaciones sociales negativas (Brechan & Kvaem, 2015), esto hace enfatizar la importancia para abordar el autoestima en intervenciones dedicadas para la dismorfia corporal, posiblemente de mano de terapias que tengan como foco la mejora de la aceptación, así como también las que están centradas en la reducción de la autocrítica (Stewart et al., 2019). El hecho de no lograr sobrellevar de mejor manera estas características podría llegar a suceder que las personas tengan que utilizar fármacos, así direccionándose nuevamente al TDC, ya que, el tomar antidepresivos específicamente se

asocia con un mayor riesgo de dismorfia corporal, en donde se crea una relación bidireccional, con esto se quiere decir que donde como vemos la dismorfia corporal contribuye a la depresión y los antidepresivos son un signo de la gravedad de la angustia psicológica subyacente (Phillips et al., 2013), algunos de estos antidepresivos podría tener como efecto secundario la subida de peso corporal, esto contribuyendo a preocupaciones excesivas adicionales sobre la imagen corporal propia (McIntyre et al., 2014).

### **Implicaciones Prácticas**

Los resultados de este estudio tienen importantes implicaciones para la práctica clínica y la intervención en el TDC. Dado que factores como la baja autoestima y la insatisfacción corporal están fuertemente asociados con el TDC, es crucial que los programas de tratamiento incluyan componentes que aborden estas áreas. Las terapias centradas en la mejora de la autoestima y la percepción corporal positiva pueden ser particularmente efectivas. Además, los hallazgos sugieren la necesidad de políticas públicas que aborden la influencia negativa de los estándares de belleza y promuevan una mayor aceptación de la diversidad corporal, especialmente en contextos de bajos recursos socioeconómicos.

### **Limitaciones del Estudio**

A pesar de la valiosa información obtenida, este estudio presenta algunas limitaciones. Primero, el diseño transversal limita nuestra capacidad para establecer relaciones causales entre las variables estudiadas y el TDC. En segundo lugar, la muestra utilizada, aunque representativa en términos de diversidad sociodemográfica, puede no reflejar completamente la complejidad y la variabilidad de la población general. Además, se pueden haber introducido sesgos de percepción en los datos recolectados. Futuras investigaciones podrían beneficiarse de métodos longitudinales y de la inclusión de evaluaciones clínicas para obtener una comprensión más profunda y precisa del desarrollo del TDC.

### **Sugerencias para Investigaciones Futuras**

Las futuras investigaciones deberían explorar con mayor profundidad la interacción entre los factores sociodemográficos y psicológicos en la aparición y el curso del TDC. Sería beneficioso realizar estudios longitudinales para examinar cómo estos factores influyen en

el desarrollo del trastorno a lo largo del tiempo. Además, investigaciones que incluyan muestras más diversas en términos de características culturales y socioeconómicas podrían ofrecer una visión más amplia y comprensiva del TDC. Finalmente, la evaluación de la efectividad de diferentes enfoques terapéuticos, especialmente aquellos centrados en la mejora de la autoestima y la imagen corporal, es crucial para el desarrollo de intervenciones más efectivas.

## Referencias

Craythorne, S. L., Shaw, R. L., & Larkin, M. (2023). *Visual representations of coping with body dysmorphic disorder: a multimodal hermeneutic phenomenological approach*. *Arts and Health*. <https://doi.org/10.1080/17533015.2023.2166088>.

Gupta, M., Jassi, A., & Krebs, G. (2023). *The association between social media use and body dysmorphic symptoms in young people*. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1231801>.

Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). *Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, 49, 55–66. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2016.08.002>.

Craythorne, S. L., Shaw, R. L., & Larkin, M. (2022a). *A phenomenological exploration of self-identified origins and experiences of body dysmorphic disorder*. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.963810>.

Bala, M., Quinn, R., Jassi, A., Monzani, B., & Krebs, G. (2021). *Are body dysmorphic symptoms dimensional or categorical in nature? A taxometric investigation in adolescents*. *Psychiatry Research*, 305. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114201>.

Kuck, N., Cafitz, L., Bürkner, P. C., Hoppen, L., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2021). *Body dysmorphic disorder and self-esteem: a meta-analysis*. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03185-3>.

Rincón Barreto, D. M. (2019). *En la era hegemónica del cuerpo, una pausa para comprender el trastorno dismórfico corporal*. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), 205. <https://doi.org/10.21501/24631779.3366>.

Rincon, D. (2022). *Dimensión histórica, síntomas y neurobiología del trastorno dismórfico corporal*. *Psychologia*, 16(1), 49–56. <https://doi.org/10.21500/19002386.5797>.

Cruzado, L., Vásquez, É., & Huavil, J. (2010). *Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal: reporte de un caso* *Body dysmorphic disorder with fatal outcome: a case report*. In *An Fac med* (Vol. 71, Issue 1).

Phillips, K. A. (n.d.). *The broken mirror : understanding and treating body dysmorphic disorder*.

Craythorne, S. L., Shaw, R. L., & Larkin, M. (2022a). *A phenomenological exploration of self-identified origins and experiences of body dysmorphic disorder*. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.963810>.

Hernández González, Osvaldo. (2021). *Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3), . Epub 01 de septiembre de 2021. Recuperado en 05 de julio de 2024, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es&tlng=es)

Millán, M. J. R. (2018, noviembre 1). *La finalidad de la metodología cuantitativa*. *Fundación iS+D; Fundación iS+D para la Investigación Social Avanzada*. <https://isdfundacion.org/2018/11/01/finalidad-metodologia-cuantitativa/>.

Ortega, C. (2018, julio 27). *¿Qué es un estudio transversal?* *QuestionPro*. <https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-transversal/>.

Okasha A, Lotaf F, Sadek A. *Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students*. *Acta Psychiatr Scand* 1981.

Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). *The Satisfaction With Life Scale*. *Journal of Personality Assessment*.

Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. Guilford Press.

Behar, Rosa, Arancibia, Marcelo, Heitzer, Cristóbal, & Meza, Nicolás. (2016). *Body dysmorphic disorder: clinical aspects, nosological dimensions and controversies with anorexia nervosa*. *Revista médica de Chile*, 144(5), 626-633. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500011>.

Phillips, K. A. (2004). *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Oxford University Press.

Veale, D. (2004). *Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder*. *Body Image*, 1(1), 113-125.

Brechan, I., & Kvaalem, I. L. (2015). *Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression*.

Christensen, S. S., Bettencourt, B. A., & Lee, D. S. (2020). *The moderating effect of self-compassion on associations between social comparison and social anxiety*.

Fardouly, J., Diedrichs, P. C., Vartanian, L. R., & Halliwell, E. (2015). *Social comparisons on social media: The impact of Facebook on young women's body image concerns and mood*.

*Kleemans, M., Daalmans, S., Carbaat, I., & Anschütz, D. J. (2018). Picture perfect: The direct effect of manipulated Instagram photos on body image in adolescent girls.*

*McIntyre, R. S., Park, K. Y., Law, C. W., Sultan, F., Adams, A., Lourenco, M., & Lo, A. K. (2014). The association between conventional antidepressants and the metabolic syndrome: A review of the evidence and clinical implications.*

*Meier, E. P., & Gray, J. (2014). Facebook photo activity associated with body image disturbance in adolescent girls.*

*Mitchison, D., Mond, J., Slewa-Younan, S., & Hay, P. (2021). Sex differences in health-related quality of life impairment associated with eating disorder features.*

*Phillips, K. A., Dufresne, R. G., Wilkel, C. S., & Vittorio, C. C. (2000). Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients.*

*Shanmugam, V., Jowett, S., & Meyer, C. (2019). Eating psychopathology, body dissatisfaction, and perfectionism in dancers: A review of the literature*

*Stewart, T. M., Pollard, S. H., Hildebrandt, T., & Treasure, J. (2019). A systematic review of the evidence base for psychosocial interventions for adolescents with restrictive eating disorders.*

*Tiggemann, M., & Williams, E. (2012). The role of self-objectification in disordered eating, depressed mood, and sexual functioning among women: A comprehensive test of objectification theory.*

*Turner, A., & Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*,*

*Wilhelm, S., Phillips, K. A., Fama, J. M., Greenberg, J. L., & Steketee, G. (2013). Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*.*