



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

***ROL DE GÉNERO, CONDUCTAS Y ACTITUDES HACIA
LA ALIMENTACIÓN EN UN GRUPO DE
ADOLESCENTES***

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

JESSICA IVONNE MENDOZA JIMÉNEZ

DIRECTORA: DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ

REVISOR: DR. RIGOBERTO LEÓN SÁNCHEZ

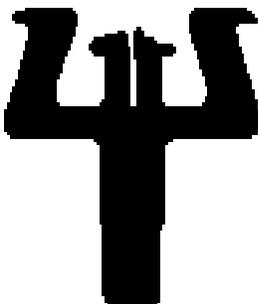
SINODALES: MTRA. PIEDAD ALADRO LUBEL

MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO

DRA. SUSANA ORTEGA PIRRES

MÉXICO, D. F.

MAYO 2010





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, la Máxima Casa de Estudios por abrirme sus puertas desde que tenía 12 años en Iniciación Universitaria, en mi querida Escuela Nacional Preparatoria no. 2 "Erasmus Castellanos Quinto".

A la Dra. Ceci, al Dr. Rigo, a la Dra. Susana, a la Mtra. Piedad, y a la Mtra. Silvia Vitz por su paciencia, apoyo y buenos consejos en el desarrollo de este trabajo.

A las doctorantes Edith y Blanquita por su entrega, aprecio y atinados consejos en este trabajo. Pero sobre todo a Edith, quien traduce mis pensamientos y fue parte fundamental en esta investigación y me apoyo siempre.

A Susana, Lucero, Mecho y Juan, quienes nos acompañamos en este proceso de titulación, y ni modo les ganz....

A la doctora Ivonne, quien me enseñó a aplicar mis conocimientos teóricos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, a la práctica en el Programa de Conductas Alimentarias de Riesgo.

A todas aquellas personas que aunque no mencioné saben que han estado conmigo y me han apoyado.

DEDICO ESTA TESIS :

A mis padres Maggie y Manolo por su apoyo incondicional, por darme la vida, cuidarme y quererme. Gracias Maggie por enseñarme a ser una súpermujer. Gracias Manolo por estar siempre a mi lado cumpliendo mis caprichos.

A mi hermano Manuel por su carisma y buen humor que hacen de un mal día, el mejor.

Viva la familia, los amo.

A mi hombre de mi vida Luis por su amor, ternura, cariño, comprensión, entrega y por compartirme sus ideas para hacer de éste, un mundo mejor. Te amo cariño.

ÍNDICE

Resumen	I
Introducción	III

CAPÍTULO 1. ROLES DE GÉNERO

1.1 Sexo y Género: similitudes de una diferencia.	1
1.2 Teorías explicativas de la adquisición de género	5
1.3 Antecedentes del género	7
1.4 Investigación sobre el género	10
1.5 Masculinidad, feminidad, machismo y sumisión	14
1.6 Mujer ideal y hombre ideal	19
1.6.1 El hombre ideal de las mujeres y la mujer ideal de los varones.	24
1.7 Adolescencia	30
1.8 Género y salud	32
1.8.1 Género y Trastornos de la Conducta Alimentaria	37
1.8.1.1 Rol femenino	37
1.8.1.3 Discrepancias	40
1.8.1.4 Rol de súper mujer	43

CAPÍTULO 2. REVISIÓN HISTÓRICA: CONDUCTAS Y ACTITUDES HACIA EL PESO Y LA ALIMENTACIÓN

2.1 Ayuno y restricción alimentaria	45
2.2 Vómitos y atracones	49
2.3 Otras conductas: Dietas, ejercicios y remedios mágicos	50
2.4 Historia de los ideales corporales	51
2.5 Criterios Diagnósticos	58
2.3.1 Anorexia Nerviosa	59
2.3.2 Bulimia Nerviosa	60
2.3.3 Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados	61
2.6 Trastornos de la Conducta Alimentaria en hombres	62
2.7 Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	67
2.8 Etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	73

CAPÍTULO 3. MÉTODO

3.1 Planteamiento del problema	81
3.2 Justificación	83
3.3 Pregunta de investigación	83
3.4 Objetivos	83
3.5 Definición de variables	84

3.5.1 Definición conceptual	84
3.5.2 Definición operacional	85
3.6 Diseño	85
3.7 Participantes	86
3.8 Instrumentos	86
3.8.1 Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE)	86
3.8.2 Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-40)	87
3.9 Procedimiento	88
3.10 Análisis estadístico	88

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 Descripción de la muestra	90
4.2 Grupo de mujeres	91
4.2.1 Auto-descripción e ideal personal	91
4.2.2 Auto-descripción y prescripción social	92
4.2.3 Ideal personal y prescripción social	92
4.2.4 Correlaciones entre el rol de género y las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación.	93
4.2.5 Ajuste personal al rol de género y ajuste al rol de género	94
4.3 Grupo de varones	96
4.3.1 Auto-descripción e ideal personal	96
4.3.2 Auto-descripción y prescripción social	97
4.3.3 Ideal personal y prescripción social	97
4.3.4 Correlaciones entre el rol de género y las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación.	98
4.3.5 Ajuste al rol de género personal y ajuste al rol de género social	100
4.4 Diferencia entre grupos	101
4.4.1 Auto-descripción	101
4.4.2 Ideal personal	101
4.4.3 Prescripción social	102
4.4.3.1 Mujer ideal	102
4.4.3.2 Hombre ideal	103
4.4.4 Ajuste personal al rol de género y ajuste al rol de género	103
4.4.4.1 Ajuste personal al rol de género	104
4.4.4.2 Ajuste al rol de género	105

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

5.3 Auto-descripción e ideal personal	106
5.4 Auto-descripción y prescripción social	107
5.5 Ideal personal y prescripción social	107
5.6 Ajuste personal al rol de género y ajuste al rol de género	110
5.6.1 Mujeres	110
5.6.2 Hombres	111

5.7 Ajuste personal al rol de género y ajuste al rol de género entre hombres y mujeres	114
5.8 Correlaciones entre el rol de género y las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación	115
5.8.1 Auto-descripción	116
5.8.2 Ideal personal	118
5.8.3 Prescripción social	120
5.8.3.1 La mujer ideal de los varones y el hombre ideal de las mujeres	122
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	
6.1 Sugerencias y limitaciones	127
REFERENCIAS	129
ANEXOS	143

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

	Página
Tabla 1. Datos de la muestra	90
Figura 1. Auto-descripción (AD), ideal personal (IP) y prescripción social (PS) en el grupo de mujeres.	91
Tabla 2. Medias obtenidas en auto-descripción (AD), ideal personal (IP) y prescripción social (PS) en el grupo de mujeres.	92
Tabla 3. Valores de t entre auto-descripción (AD), ideal personal (IP) y prescripción social (PS) del grupo de mujeres.	92
Tabla 4. Correlaciones entre las escalas del IMAFE y los factores del EAT-40 en el grupo de mujeres.	94
Tabla 5. Ajuste personal al rol de género y ajuste al rol de género en el grupo de mujeres.	95
Figura 2. Auto-descripción (AD), ideal personal (IP) y prescripción social (PS) en el grupo de hombres.	96
Tabla 6. Medias obtenidas en auto-descripción (AD), ideal personal (IP) y prescripción social (PS) en el grupo de hombres.	97
Tabla 7. Valores de t entre auto-descripción (AD), ideal personal (IP) y prescripción social (PS) en el grupo de varones.	97
Tabla 8. Correlaciones entre las escalas del IMAFE y los factores del EAT-40 en el grupo de hombres.	99
Tabla 9. Ajuste personal al rol de género y ajuste al rol de género en el grupo de hombres.	100
Tabla 10. Auto-descripción hombres y mujeres.	101
Tabla 11. Ideal personal hombres y mujeres.	102
Tabla 12. Diferencias en la "Mujer ideal" entre hombres y mujeres.	103
Tabla 13. Diferencias en el "Hombre ideal" entre hombres y mujeres.	103
Tabla 14. Diferencias en el ajuste personal al rol de género entre hombres y mujeres.	104
Tabla 15. Diferencias en el ajuste al rol de género entre hombres y mujeres	105

RESUMEN

En esta investigación se examinó la auto-percepción del rol de género, el ideal personal y la prescripción social del mismo, de *los* adolescentes y la relación con sus actitudes y conductas hacia el peso y la alimentación. Se aplicó el Inventario de Masculinidad y Feminidad (IMAFE) en tres dimensiones: *así soy*, *así quisiera ser*, *la mujer ideal debe ser* y *el hombre ideal debe ser* para obtener la auto-percepción, el ideal personal y la prescripción social al rol de género respectivamente. Asimismo se aplicó el test de actitudes alimentarias (EAT-40) para conocer las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación de los adolescentes. 448 jóvenes contestaron estos instrumentos, de los cuales 232 eran mujeres y 216 hombres de 13 a 18 años ($\bar{X} = 15.59$, $DE = 1.50$).

Los resultados indican que tanto hombres como mujeres se describen, idealizan de forma personal y en prescripción social tener más características **masculinas** y **femeninas** y menos características machistas y sumisas. En el *ajuste personal al rol de género* y *ajuste al rol de género* las mujeres mostraron pobre ajuste al rol de género personal en las escalas de **machismo** y **sumisión**, mientras que los hombres se mostraron inconformes con sus características **masculinas** y **sumisas**. Tanto hombres como mujeres mostraron discrepancias en su rol **femenino** en el *ajuste al rol de género*. Al comparar a hombres y mujeres respecto a ambos ajustes, las mujeres se mostraron inconformes con sus características **masculinas** y **sumisas**.

Al comparar a la *mujer ideal* de las mujeres y de los varones se observó que se tienen ideas opuestas, las mujeres creen que los hombres buscan a una mujer con más características **masculinas**, **menos femeninas** y **sumisas**, mientras que los hombres consideran que la mujer ideal debería ser más **femenina**, **machista** y **sumisa**. Comparando las percepciones de hombres y mujeres sobre el *hombre ideal*, también se observaron diferencias, para las mujeres el hombre ideal debe tener más características **femeninas**, **menos características machistas** y **sumisas**, mientras que los hombres consideran

que el hombre ideal debería ser **menos femenino, más machista y sumiso** que lo que consideraron las chicas.

Se observó relación entre los roles de género y conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación. Destacan los roles de género auto-descritos negativos: la **sumisión** y el **machismo**, los cuales están relacionados con la práctica de *dietas restrictivas, motivación para adelgazar y preocupación por la comida* tanto en hombres como mujeres. Es decir, *los* adolescentes que se auto-describen con características sumisas (por ejemplo: conformista, de personalidad débil, indeciso) y machistas (por ejemplo: ambicioso, arrogante, frío, malo) están en riesgo de desempeñar prácticas alimentarias que pudieran causar deficiencias en su alimentación. También, las adolescentes que idealizan ser más **sumisas** están *preocupadas por lo que comen* y tienen pensamientos obsesivos respecto a su alimentación, así como atracones y culpabilidad. Por su parte, los varones que idealizan características **machistas** están *motivados a adelgazar* y llevan a cabo *conductas purgativas*. En cuanto a la prescripción social la **sumisión** predispone a las chicas a estar *preocupadas por la comida y tener pensamientos obsesivos respecto a la alimentación*, atracones y culpabilidad, por otro lado, en los chicos tener un ideal social **machista** predispone a que estos se vean *motivados para adelgazar*, lo cual los puede llevar a la práctica de conductas inadecuadas para lograrlo.

Los resultados de este trabajo permiten proponer que los roles de género positivos (masculinidad y feminidad) pueden estar funcionando como protectores ante la práctica de conductas y actitudes hacia la alimentación inadecuadas, mientras que los roles negativos (sumisión y machismo) generan conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación poco adecuadas que ponen en riesgo la salud de *los* adolescentes y que a la larga pueden generar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en hombres y mujeres.

INTRODUCCIÓN

En los pueblos antiguos, el instinto de sobrevivencia fue lo que dividió las tareas entre hombres y mujeres, la mujer al embarazarse ya no podía salir a cazar con el hombre, por lo que se queda al cuidado de los hijos con el fin de sobrevivir y perpetuar la especie (Corona, 2000). Así desde entonces el rol de la mujer ha estado en función de los otros, es madre, esposa, sus principales responsabilidades son el cuidado de los hijos, el esposo y la casa. Además de que su rol ha sido expresado en función de su cuerpo, es el escenario en el cual la mujer es mujer, debe amamantar a sus hijos, satisfacer las necesidades sexuales del hombre y cargar con las necesidades emocionales del esposo e hijos, además se cree que la mujer debe agradar a los otros y a lo largo del tiempo ha sido valorada por su cuerpo y su belleza (Catrina & Karin, 1993), creencia que ha sido transmitida como parte del rol de la mujer (Thompson, 2002). Al hombre por el contrario se le ha otorgado poder indiscutible por el simple hecho de ser hombre su principal valor está dado como proveedor económico, brindando protección a su familia y demostrando su fuerza e ingenio (Bem 1974; Corona, 2000; Lara 1993; Matud, Rodríguez, Marrero & Carballera, 2002; Monroy, 2002; Rocha, 2000).

Las ideas que se tengan en cuanto a lo que cada sexo debe desempeñar serán transmitidas en primera instancia por la familia, posteriormente la sociedad, iglesia, escuela y los medios de comunicación serán los encargados de recordar las características adecuadas para hombres y mujeres (Álvarez-Gayou, 2003; Inmujeres, 2007; Matud & Aguilera, 2009). En estos por lo general se proyectan a mujeres y hombres muy tradicionales o mujeres y hombres con *ideales irreales* que desempeñan roles contradictorios (Del Moral, 2000; De la Serna Pedro, 2004; Meras, 2005; Monroy, 2002; Viedma, 2003). Estos ideales suelen ser poco cuestionados, por lo que es probable que tanto hombres como mujeres respondan en función a lo que la sociedad considera deseable dejando de lado lo que realmente quieren. A su vez si cuestionamos los ideales del sexo

opuesto es posible que tanto hombres como mujeres basen su opinión en lo deseable y no en lo que realmente quieren. Por ejemplo en varios estudios (Gettelman & Thompson, 1993; Gil, 2003; Helga et al., 2000; Jones, Fries & Danish, 2008; McArthur, Holbert & Peña, 2005; Prevos, 2005; Silva & Jiménez, 2008; Thomsen, 2002; Adams et al., 2000; Thompson & Psaltis, 1988; y Viviani, 2006) se observó que los hombres consideraban atractiva a una mujer esbelta, pero más gruesa de lo que las mujeres consideraban ser el ideal para gustarles a los chicos. Asimismo varios autores (Bergstrom, Neighbors & Lewis, 2004; Demarest & Allen 2000; Fallon & Rozini, 1985, citado en Bergstrom & Neighbors, 2006; Forbes, Adams-Curtis, Rade & Jaberg, 2001; Pope et al., 2000) observaron que los hombres de varias partes del mundo creen que entre más musculosos sean más chicas atractivas querrán salir con ellos, lo cual es falso ya que las mujeres se muestran atraídas por una figura menos musculosa de la que ellos creen. Si esto está pasando podría ser, que tanto los hombres como las mujeres se estén empeñando en un ideal que poco tiene que ver con la realidad llevando a cabo conductas riesgosas para alcanzarlo.

Para el adolescente es de gran importancia el ser aceptado, por lo que buscan cumplir con los ideales transmitidos. Esta situación pone en riesgo la salud de los adolescentes puesto que si están expuestos a ideales irreales es posible que busquen cumplirlos sin tener en cuenta las consecuencias. La adolescencia es una etapa plagada de cambios importantes, mismos que son el cimiento para la vida futura de los individuos, en esta época de la vida cobra vital importancia el rol de género, ya que el adolescente replanteará y reafirmará sus ideas sobre lo que cree adecuado para hombres y mujeres, evaluando lo que ha aprendido hasta el momento y las nuevas ideas de sus pares, para así conformar las propias (Matud et al., 2002). Asimismo el desempeño de ciertos roles de género están relacionados con conductas riesgosas para la salud, por ejemplo desempeñar un rol de género machista y sumiso está relacionado con depresión, neuroticismo, psicoticismo (Lara, 1993), conductas sexuales riesgosas (Charry & Torres, 2006; Stern, Fuentes-Zurita, Lozano-Treviño &

Reysoo, 2003), adicciones, estrés, ansiedad (Granados & Ortiz, 2003) y TCA (Álvarez, Vázquez, López, Bosques & Mancilla, 2000; Bosques, 2003 y González, 2009).

La importancia que los adolescentes por ser aceptados, el aumento de conductas alimentarias de riesgo en la adolescencia, los ideales impuestos y las creencias erróneas entre sexos, nos lleva a suponer que es posible que los adolescentes se estén empeñando en cumplir un ideal erróneo con el fin de agradar a los amigos, al sexo opuesto o simplemente estar a la moda. Por lo que conocer si los roles de género que desempeñan e idealizan los adolescentes corresponden a los roles que el sexo opuesto espera, es de gran importancia ya que de ser contrario, los adolescentes se estarían empeñando en cumplir un ideal que poco tiene que ver con la realidad provocándoles problemas de salud.

Esta investigación se conforma de seis capítulos, el primero comprende información sobre género, en el segundo capítulo se expone información sobre conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación riesgosas que si son llevadas a cabo en una mayor frecuencia pueden convertirse en un Trastorno de la Conducta Alimentaria, en el tercer capítulo se presenta la metodología utilizada, el cuarto capítulo muestra los interesantes resultados obtenidos de esta investigación, el quinto capítulo muestra la discusión y finalmente en el capítulo seis se muestran las conclusiones, sugerencias y limitaciones de este estudio.

Capítulo 1. ROLES DE GÉNERO

1.1 SEXO y GÉNERO: SIMILITUDES DE UNA DIFERENCIA

El sexo y el género son conceptos fundamentales al hablar de los roles de género. Dichos términos son utilizados como sinónimos, a pesar de que engloban significados diferentes aunque complementarios.

El sexo es considerado como una variable biológica que implica características físicas, biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas que fueron heredadas (Álvarez-Gayou, 2003; Inmujeres, 2007) y que nos permiten distinguir entre dos grupos: hombres y mujeres (Worell & Todd, 1996).

Por su parte, el género implica una categoría social, es decir las características psicosociales asociadas con el hecho de ser hombre o mujer (Lara 1993; Matud et al., 2002) atribuidas por la sociedad y que tienen una importancia fundamental para los individuos. De esta manera, dado que el género es aprendido, se puede modificar (Inmujeres, 2004).

El género incluye al sexo (Álvarez-Gayou, 2003) tanto el sexo como el género están conectados, no es posible separarlos, sin embargo el género conlleva significados diferentes ya que lo conforman aspectos socioculturales y psicológicos propios de cada región.

Lamas (1996) e Inmujeres (2007) proponen que muchos de los atributos que consideramos propios de hombres y mujeres son construidos socialmente y los individuos actúan en consecuencia de los mismos, así, se potencian o inhiben ciertas habilidades y comportamientos, si una persona está ante la presencia de una niña o niño es posible que su comportamiento sea diferente dado el sexo, si es niña es posible que le dé una muñeca para que juegue, por el contrario si es niño, probablemente le daría un balón. Gianini (2001) asegura que el condicionamiento comienza por los padres eligiendo los juguetes con los que jugaran sus hijos “pistolas para el niño, muñecas para la niña” (87p).

Lamas (1996) menciona un experimento del Dr. Walter Mishel en el que se pedía a diferentes profesionistas que observaran a *los* bebés del cunero de un hospital y que describieran las características de estos, pero antes se le había pedido a las enfermeras que a los niños les pusieran cobijitas rosas y a las niñas cobijitas azules, como era de esperarse las descripciones de los profesionistas estuvieron influidas por el color de la cobija.

Díaz-Guerrero (2005) menciona que incluso antes de que nazca un bebe la sociedad y en especial los padres se crean una serie de expectativas dependiendo el sexo del nuevo integrante, si es niño se espera que sea fuerte, valiente y aventurero, que juegue con carros, pistolas y balones, bajo amenaza deberá defenderse, en el futuro será ingeniero o abogado, además de que tendrá que mantener a su familia, por el contrario, si es niña se espera que sea dulce, amorosa y que ayude a los demás, que juegue con *barbies*, a la casita y a la comidita, bajo amenaza puede llorar, en un futuro será una excelente ama de casa, madre, esposa y profesionista de preferencia enfermera o maestra.

Robert Stoller (1968, citado en Lamas, 2002) explica que la crianza es lo que hace a los hombres hombres y a las mujeres mujeres. Stoller trabajó con *niños* que tenían trastornos de identidad sexual; niñas genética, anatómica y hormonalmente femeninas pero con un clítoris que parecía pene y niños genética, anatómica y hormonalmente masculinos pero con vagina. A las niñas se les educó como niños y notaron que después de los tres años de edad su identidad ya estaba formada y era imposible corregirla. Por el contrario a los niños se les cortó el pene y se les trató como niñas lo cual facilitó el tratamiento hormonal que las convertiría en mujeres.

Dentro del género se ha hablado de los roles de género que Lara (1993) define como las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para hombres (como ser proveedor) y mujeres (atender el cuidado de hijos). De

esta manera, a todas las características que la sociedad cree propias para hombres y mujeres se les llama *roles de género*.

La importancia de los roles de género radica en que están asociados con “la definición de sí mismo, con las relaciones entre hombres y mujeres y con las relaciones sociales” (Barry & Beitel, 2006, citado en Matud & Aguilera, 2009 p. 55). El género influye de manera determinante en la vida de las personas ya que condiciona pensamientos, sentimientos, acciones, planes de vida del propio individuo, así como influye en la forma en la que las personas se comportarán con los demás, ya que el rol de género desempeñado forma parte de la personalidad del individuo.

El género es modificable dado que es aprendido, asimismo los roles de género también lo son, pero ¿Cómo es que se construye el género de cada individuo y ¿Cómo es que se aprende?, ¿Cuáles son los roles de género propios de cada sexo?.

Lamas (1996) considera que el género se crea en tres etapas: la asignación de género, la identidad de género y el papel o rol de género.

- La asignación de género se realiza cuando nace el bebé y se identifica en sus genitales si es hombre o mujer.
- La identidad de género se da entre los dos y tres años y es cuando el niño se asume como masculino o femenino mediante comportamientos y juegos que el niño identifica propio de niños o niñas. Los niños desde pequeños aprenden las diferencias entre ambos sexos y es así como se comienza a conformar su género (Matud et al., 2002).
- El papel o rol de género se forma en función de lo que la sociedad haya establecido como propio de hombres y mujeres. La familia, sociedad, iglesia, escuela y los medios de comunicación serán los responsables de transmitir y recordar las características adecuadas del *como ser* y el *que hacer* dada su condición de género (Álvarez-Gayou, 2003; Inmujeres, 2007; Matud & Aguilera, 2009).

La socialización a través de la familia es el principal transmisor de lo propio para hombres y mujeres al ser la primera instancia de conocimiento para el individuo en la que se transmiten normas, valores e ideas sobre lo propio de hombres y mujeres, por ejemplo el reparto de las tareas lo hace evidente, el hijo poda el césped y la hija lava los platos (Herrera, 2000; Meras, 2005; Peter 1994, citado en Matud et al., 2002; Inmujeres, 2007). Se ha observado que a los varones se les presiona más para que se ajusten a lo esperado socialmente, mientras que a las chicas se les da más libertad (Matud et al., 2002) por ejemplo, en algunas familias mexicanas es común escuchar que cuando un niño llora se le compara con una niña e incluso se le amenaza con ponerle un vestido. A las mujeres cuando realizan conductas consideradas de varones como trepar un árbol se les critica diciéndoles que son marimachas.

Además, la religión (principalmente transmitida por los padres) da las normas para ser hombres y mujeres de bien, por ejemplo, Rocha (2002) comenta que en la Biblia cuando Adán y Eva desobedecen los mandatos de Dios, éste los expulsa del paraíso y los castigos que les asigna es que el hombre se ganará el pan con el sudor de su frente y Eva deberá parir con dolor a sus hijos, dividiendo a los hombres como proveedores y a las mujeres delegadas a la sumisión y al cuidado de los hijos, fomentando así, los roles tradicionales. Y si consideramos que la mayoría de los mexicanos son católicos (INEGI, 2000), es evidente que los roles de género transmitidos por la iglesia y reforzados por los padres son el origen de las creencias sobre género.

La escuela es el segundo principal transmisor ya que en ella se fortalecen los comportamientos apropiados que han sido aprendidos en casa (Álvarez-Gayou, 2003). De manera similar, Matud et al. (2002) proponen que la escuela juega un papel importante en la adquisición de género, ya que *el niño* confirma sus ideas sobre el género, lo cual se refleja en que la elección de carrera se vea motivada por los roles de género (Verde et al., 2007; Inmujeres, 2007) así, las mujeres eligen carreras consideradas femeninas como enfermería, medicina,

psicología y los hombres carreras consideradas masculinas como ingeniería, arquitectura o economía.

Por su parte, Del Moral (2000) menciona que la publicidad impacta en la construcción de lo que es ser hombre y ser mujer, de esta manera, se venden formas de vida a través de la moda. Así, los medios de comunicación son los encargados de recordar en cada momento lo propio para hombres y mujeres (Inmujeres, 2007).

Los roles de género se transmiten de generación en generación a través de la familia y las instituciones que rodean a los individuos, pero es importante resaltar que tanto hombres como mujeres pueden realizar cualquier conducta, sin embargo, la sociedad y el periodo histórico en el que se vive determinan las conductas apropiadas para hombres y mujeres.

Hoy en día la adquisición de género es algo que no termina de esclarecerse, por lo que se ha tratado de explicar desde diferentes enfoques los cuales se revisarán a continuación.

1.2 TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA ADQUISICIÓN DE GÉNERO

Existen diferentes teorías que intentan explicar la adquisición de género: la teoría psicoanalítica, la teoría del desarrollo cognitivo, la teoría del aprendizaje social, la teoría social cognitiva del desarrollo del rol de género, la teoría del esquema de género y la más reciente teoría llamada teoría integradora. Cada una aporta conocimiento para la comprensión de la adquisición de género, a continuación se explica brevemente los supuestos de cada una:

- **Teoría psicoanalítica:** Postula que la energía libidinal, la interacción entre el ello, el yo y súper yo y el paso por los estadios: oral, anal, fálica y genital van a ser fundamentales para la adquisición del género (Matud et al., 2002). La familia juega un importante papel en el desarrollo ya que a través de los padres el niño será capaz de

identificarse con uno de ellos mediante el complejo de Edipo (Papalia, 2005).

- **Teoría del desarrollo cognitivo:** Kohlberg (1966) plantea que la edad y el estado de desarrollo va a ser fundamental en la adquisición de género ya que la madurez adecuada le hará percibir las diferencias de género (Matud et al., 2002). Los niños pueden aprender algunas diferencias de sexo en los adultos, sin embargo no todo lo toman de sus padres sino que toman actitudes que consideran adecuadas para su género (Papalia, 2005).
- **Teoría del aprendizaje social:** Mischel (1972) considera que los niños aprenden a comportarse como hombres o mujeres porque las conductas adecuadas a su sexo son reforzadas, notan como actúan los adultos ante sus demandas y suelen imitar los comportamientos que les parezcan más efectivos y que provengan de alguien de su mismo sexo. La socialización juega un papel importante, a los niños se les anima a la ejecución, restricción y disciplina a las niñas se les fomenta la calidez, dependencia y la no agresión (Matud et al., 2002).
- **Teoría social-cognitiva del desarrollo del rol de género:** Propuesta por Bandura (1986), supone que el medio social y familiar juegan un papel importante y el aprendizaje del género se mantiene toda la vida, la adquisición de género depende del modelado, de la experiencia y de la enseñanza directa, además de que acumulan experiencias para así elegir como desean comportarse (Matud et al., 2002). Los niños aprenden desde temprana edad que los varones emplearan su poder y que las niñas se consideraran menos eficaces.
- **Teoría del esquema de género:** Postula que las personas emplean esquemas en sus interacciones con los demás. Un esquema es una red de asociaciones que permite organizar y guiar la percepción del individuo (Bem, 1974, 1975). El género es uno de los primeros

componentes conforme al cual se desarrolla el autoconcepto y los niños utilizan los esquemas para formar su autoconcepto (Matud et al., 2002). El sexo va a condicionar el tipo de interacciones sociales que tiene el individuo y el modo en que va a pensar acerca de los demás. La sociedad enseña esta dicotomía hombre mujer y cada una de estas categorías va a estar asociada con rasgos, roles conductas y ocupaciones determinadas impuesto por la sociedad.

- **Teoría integradora:** Propuesta por Ruble y Martin 1998 (citado en Shaffer & Kipp, 2007) combinan la teoría biológica, la teoría del aprendizaje social, la teoría del desarrollo cognitivo y la teoría de los esquemas del género para explicar la adquisición de género, mencionan que los procesos biológicos ocurren en el nacimiento cuando se identifica el sexo dadas las características físicas, posteriormente los niños van aprendiendo de la sociedad lo que les corresponde dado su sexo, posteriormente forman esquemas de género en donde la persona identifica que conductas o características corresponden a los hombres o mujeres.

Como se puede observar existen diversas concepciones que tratan de explicar la adquisición de género, la mayoría coinciden en que el rol de género se concibe en edades tempranas y que depende en gran medida de lo que los niños van aprendiendo de su alrededor mediante la socialización. Pero, ¿cómo es que los roles de género aparecen en las sociedades? Porque a las mujeres se les relacionó con el cuidado de la casa e hijos y a los hombres con el rol de proveedores? Estas y otras cuestiones serán explicadas a continuación.

1.3 ANTECEDENTES DE GÉNERO

Desde la antigüedad el hombre y la mujer se vieron en la necesidad de dividir los quehaceres con la finalidad de sobrevivir, al llegar el embarazo y los hijos, tanto el hombre como la mujer se dan cuenta de que la mujer necesita reposo, así que la mujer se queda a cargo del cuidado de los hijos para la

sobrevivencia y perpetuación de la especie; dando lugar la división sexual del trabajo (Corona, 2000). Dado el peligro que representaba que el hombre saliera a cazar la mujer descubre la agricultura (Corona, 2000; Tinahones, 2003), como una forma de asegurar alimento para su descendencia.

En México, mayas, incas, aztecas siguieron con este patrón de conducta, Corona (2000) sugiere que los hombres estaban encargados de la cazar y de la defensa de los agresores, mientras que las mujeres cuidaban a los pequeños, hacían de comer, cultivaban, hacían alfarería y tejían. Eran sociedades patriarcales, dirigidas por hombres, su importancia radicaba en el poder defender a los demás, la mujer era considerada inferior, asimismo los varones eran educados como masculinos y las mujeres como femeninas. La misma autora asegura que la conquista española y portuguesa impusieron una nueva forma de vida, haciendo las diferencias entre hombres y mujeres más marcadas y castigadas cuando no se cumplían, las mujeres eran consideradas menores de edad, débiles y que necesitaban protección, se dedicaban al cuidado de los hijos y de los quehaceres de la casa, además de que en algunos casos trabajaban con sus esposos o en negocios familiares pero este trabajo no era reconocido ni remunerado; mientras que el hombre se encargaba del poder político, económico y era jefe de familia. El único fin de la sexualidad era la procreación; lo apropiado para hombres y mujeres dependía del ingreso económico y de la iglesia, es decir si se tenía un nivel socioeconómico alto las mujeres tenían acceso a la educación, además de que la iglesia dictaba lo que hombres y mujeres debían hacer para ser considerados hijos de Dios (Corona 2000).

Poco después vino la revolución industrial, la primera y segunda guerra mundial, aunado al *boom* de los medios de comunicación propiciaron cambios en las estructuras económicas, sociales y culturales, Corona (2000) asegura que se pedía que hombres y mujeres hicieran frente a la modernidad, las fabricas requerían trabajadores de cualquier sexo, al comienzo la educación fue para la mujer un adorno se les preparaba para ser esposas y administrar el hogar. Debido a que las mujeres comenzaron a tener más presencia en el

espacio público mediante la participación de éstas en el trabajo laboral, además del acceso a la educación, las mujeres se dieron cuenta de las diferencias entre los géneros y se comenzaron a formar grupos del movimiento de liberación femenina que permitió que las mujeres mexicanas se dieran cuenta de esta desigualdad entre los géneros lo que provocó que se exigiera un trato justo entre hombres y mujeres promoviendo la participación de la mujer en la vida pública. Este triunfo se ve reflejado en 1953 cuando después de constantes enfrentamientos de las mujeres con los políticos logran el derecho al voto. Lara (1993); Martínez, (2006) y Montesinos, (2006) aseguran que los avances científicos en cuanto al control de la natalidad y la fecundación artificial significó para las sociedades actuales un cambio radical ya que permitió que las mujeres eligieran cuándo y cuántos hijos tener, así como la posibilidad de tenerlos sin un hombre.

Sin embargo la polarización de los roles de género continuó latente, Díaz-Guerrero (2005), explica el círculo vicioso en el que vivían la familia mexicana de los años sesentas, se componía de un padre que tenía y ejercía el poder y una madre obediente y sacrificada. Su percepción en cuanto a los sexos era totalmente polarizada. La mujer tenía que cuidar a los hijos, atender al esposo y se encargaba de las labores domésticas, además de que representaban una pérdida en la familia, ya que no generaría ingresos puesto que no trabajaban, perdería el apellido al casarse y dejaría que un varón ajeno a la familia formara parte de esta. Por el contrario, sino se casaba representaba una carga para la familia porque la tenían que mantener. Las mujeres eran deseadas sólo cuando ya había muchos hijos varones para que la nueva hija ayudara a su madre a atender a todos los hombres. Los varones eran considerados más valiosos que las mujeres ya que aportaban ingresos económicos, conservarían y perpetuarían el apellido al casarse, además de que su esposa no significaba una amenaza sino una ayuda para la familia. La mujer desde niña deberá aprender las tareas domésticas, tendrá que ser bien portada, estar bien vestida; durante la adolescencia deberá cuidar de su virginidad si quiere ser una "buena mujer", en caso contrario será considerada prostituta. Una vez conquistada por algún varón deberá casarse y reproducir lo que hacía su madre en casa, al tener

hijos deberá educarlos femeninos si son mujeres y masculinos si son hombres. El varón desde niño se espera que sea fuerte y valiente, en la adolescencia deberá iniciar su vida sexual para así no dejar duda de que es hombre. Deberá elegir una buena mujer parecida a su madre hábil en las tareas del hogar, ante sus hijos mostrará autoridad y fomentará que en especial los varones reproduzcan su masculinidad.

A principios del año 2000 la mujer comienza a ejercer un rol más activo, se comienza a preocupar por sí misma y se van sumando así una cantidad de roles ambiguos, opuestos e irreales, mezcla de características masculinas y femeninas, de liderazgo y sumisión (Rocha, 2000).

Actualmente los roles de género están en transición, los roles tradicionales y los nuevos roles coexisten, conductas que antes eran impensables para hombres y mujeres se están realizando, como el trabajo fuera del hogar en la mujer y la incursión del hombre en las labores del hogar y con el cuidado de los hijos (Miño-Worobiej, 2008; Montesinos, 2006; Sharim, 2005).

Los cambios en la historia han modificado los roles que desempeñan hombres y mujeres, así también, las investigaciones en cuanto al género se han ido modificando.

1.4 INVESTIGACIÓN DE GÉNERO

La investigación del género comenzó cuando los investigadores se cuestionaron si las diferencias entre hombres y mujeres tenían una base biológica determinante, es decir, si la mujer nacía sabiendo planchar y tejer y los hombres nacían sabiendo ser proveedores.

Ashmore (1990, citado en Matud et al., 2002) hace una revisión histórica sobre los estudios de género. Considera que entre 1894 y 1936 las investigaciones se enfocaron a buscar quien era más inteligente si las mujeres o los hombres. Entre 1932 y 1952 las investigaciones se hacían solo con varones ya que la

masculinidad y feminidad eran mutuamente excluyentes. El desarrollo de los roles sexuales tiene su origen entre 1954 a 1966 donde se preguntaban como niñas y niños se convierten en mujeres y hombres, además de que como debe educárseles. Money, en su libro *"Man & Woman, boy and girl"* (1955, citado en Álvarez-Gayou, 2003), fue el primero en hablar de papel o rol de género, que se refiriere a las características que se creen propias para hombres o mujeres, el objetivo de este autor era distinguir la feminidad de la masculinidad para lo cual describió cómo se comportan niños y niñas y hombres y mujeres, finalmente concluyó que la masculinidad y feminidad son independientes de las características biológicas.

Entre 1966 y 1974 seguía el interés por la forma en que hombres y mujeres responden a tareas experimentales, gracias a estas investigaciones nacen algunas teorías de identidad sexual, desarrollo cognitivo y aprendizaje social. Los primeros estudios importantes en el ámbito del género son los de Maccoby y Jacklin publicados en *"The development of sex differences"* (1966, citado en Lara, 1993) quienes estudiaron las diferencias cognitivas, temperamentales y comportamiento social entre hombres y mujeres, estos autores encontraron que los hombres son mejores para las matemáticas y las tareas espaciales mientras que las mujeres son más hábiles verbalmente, además, los hombres presentaron más agresividad que las mujeres.

La masculinidad y feminidad resultaban mutuamente excluyentes, hasta que Bem (1974) propone el termino androginia, que conjuga tanto roles considerados de hombres (andro) como de mujeres (gyne). Se dice que una persona es andrógina si desempeña roles femeninos y masculinos al mismo tiempo, la adopción de dicho rol supone una buena salud, ya que la persona andrógina es capaz de adaptarse a diversas situaciones, es decir, tiene la posibilidad de responder ante una situación con características femeninas o masculinas, según sea necesario. Por ejemplo, una persona puede ser capaz de tomar decisiones (rasgo considerado masculino) y ser afectiva (característica femenina) sin que tales atributos sean excluyentes, por lo que, cuando este individuo se enfrente a una situación en la que deba ser afectivo,

podrá hacerlo, mientras que si por otro lado, tuviera que tomar rápidamente una decisión, también será capaz de llevarlo a cabo. Por lo que la androginia se considera un rol más saludable, pues permite la adaptación a diferentes situaciones, tanto femeninas como masculinas. Fue en ese momento cuando la masculinidad y feminidad ya no se consideraron como atributos independientes, sino, como características que era posible combinar en un individuo, lo cual además indica que el género es resultado del esquema cultural.

En el mismo año, Gayle Rubin (1986) categoriza la palabra género en su escrito "The Traffic in Woman: Notes on the Political Economy of sex" propone el *sistema sexo/género* definido como *"conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas"* (p. 97). Rubin plantea que cada sociedad tiene su propio sistema sexo/género por lo que al nacer hombres y mujeres son manufacturados con esas ideas. Se pregunta ¿qué es una mujer? contestando que una mujer es simplemente una mujer y que esta *"sólo se convierte en doméstica, esposa, mercancía, conejito de play-boy, prostituta o dictáfono humano en determinadas relaciones"* (p. 96).

De 1982 a la fecha se comienza a considerar el género como una variable social, es considerado como un concepto dinámico que puede tomar diferentes formas en determinadas situaciones.

Early (1987, citado en Matud et al., 2002) propone la teoría del rol social explicando que las diferencias entre hombres y mujeres se entienden a partir del rol de género, asegura que hombres y mujeres se han puesto de acuerdo a través de la familia y la sociedad, en los roles que desempeñaran, así las mujeres desempeñan roles como ser simpática, abnegada, preocupada por los demás y expresiva; mientras que los hombres se muestran independientes, asertivos, dominantes y competentes desde el punto de vista instrumental.

La investigación en cuanto al género sigue. Se han propuesto teorías en las que se considera al género como algo puramente biológico, genético o que incluso el género varía en las diferentes etapas de la vida (Matud et al., 2002). En la actualidad, se asume que el género es multifacético, fluido y dinámico. Worrell (1993, citado en Matad et al., 2002) asegura que las conceptualizaciones del sexo y el género tienen una importancia fundamental en la vida diaria ya que si partimos del concepto de género como “un conjunto de actitudes y creencias” (p. 26) las intervenciones serán más relevantes centradas en la educación y la prevención.

Pero, ¿cuáles han sido las características de género que definen a hombres y a mujeres?, ¿realmente se han modificado estas creencias sobre masculinidad y feminidad? ¿O será que en esencia siguen siendo las mismas solo que están maquilladas? A continuación se presentan las características que han definido la feminidad de las mujeres y la masculinidad de los hombres, así como las versiones negativas de la masculinidad y feminidad: el machismo y la sumisión.

1.5 MASCULINIDAD, FEMINIDAD, MACHISMO Y SUMISIÓN

Las definiciones que la sociedad da de lo que es un hombre y una mujer están en función de los papeles que se consideran propios para éstos. A finales de los ochentas se puede observar que a la mujer y al hombre se les define con características totalmente opuestas (Sau, 1989, citado en Viedma, 2003):

Hombre	Mujer
Estabilidad emocional	Inestabilidad emocional
Autocontrol	Falta de control
Dinamismo	Pasividad
Agresividad	Ternura
Tendencia al dominio	Sumisión
Afirmación del yo	Dependencia
Cualidades y aptitudes intelectuales	Poco desarrollo intelectual
Aspecto afectivo poco definido	Aspecto afectivo muy marcado
Racionalidad	Irracionalidad
Franqueza	Frivolidad
Valentía	Miedo
Amor al riesgo	Debilidad
Eficiencia	Incoherencia
Objetividad	Subjetividad
Espacio público y profesional	Espacio doméstico y familiar

Aunque se esperaría que las definiciones de hombre y mujer en la actualidad deberían haber cambiado, el Diccionario de la Real Academia Española (2002), define al hombre como un *"ser animado racional, varón o mujer"* destacando las características de valor, firmeza, fuerza, entereza y serenidad, mientras que a la mujer se le define como una *"persona del sexo femenino"* destacando que tiene *"cualidades femeninas por excelencia"* aunque no se mencionan cuales son tales atributos. De manera similar, cuando se habla de "hombre público" se dice que tiene presencia e influjo en la vida social, por su parte, cuando se menciona a la "mujer pública" se le considera prostituta, cabe destacar que se le define así tres veces más, en mujer del arte, mujer mundana y mujer de partido. Dentro de la definición de mujer se encuentra el ser esposa en cambio para el hombre el ser esposo es una expresión coloquial, no lo definen como casado o en relación a su esposa. Ser mucho hombre significa tener gran talento, habilidad e instrucción, ser mucha mujer significa *"ser admirable por la rectitud de carácter, por la integridad moral o por sus"*

habilidades". Al hombre se le relaciona con capas, espadas, armas y guerras, a la mujer con ser criada, prostituta, estar en casa y ser mujer fatal donde se destaca que es atractiva pero mala y que no existe.

Es evidente que los conceptos expresados en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2002) polarizan las definiciones entre hombres y mujeres como se hacía en el pasado, exaltando al hombre y minimizado a la mujer, a pesar de que ha habido cambios en las concepciones del hombre y la mujer, esta desigualdad implica una serie de consecuencias para los lectores involucrando a todo aquel que hace uso del diccionario, incluyendo a los extranjeros.

Diferentes estudios sobre roles de género (Bem, 1974; Lara, 1993; Matud et al., 2002; Monrroy, 2002; Rocha, 2000) han considerado que el ser hombre y la masculinidad está relacionado con ser confiable, defiende sus creencias, es independiente, atlético, asertivo, tiene personalidad fuerte, es analítico, líder, arriesgado, toma decisiones con facilidad, es autosuficiente, dominante, masculino, agresivo, individualista, competitivo, ambicioso, autónomo, confía en sí mismo, está orientado a metas, centrado en el éxito, racionales, fuerte, valiente, adinerado, cabeza de familia, agresivo, con iniciativa, activo, emprendedor, no sentimental, protector, potente sexual y siempre joven.

Las mismas autoras consideran que ser mujer y la feminidad está relacionado con ser alegre, tímida, cariñosa, leal, femenina, simpática, sensible a las necesidades de los demás, comprensiva, compasiva, deseosa de consolar a los demás, tienen voz suave, son cálidas, creídas, infantiles, no dicen groserías, les gustan los niños, son tiernas, sumisas, dependientes, emocionales, centradas en los sentimientos y en las relaciones, son sociables, limpias, locuaces, directivas, buenas, pasivas, obedientes, tiernas, maternas, amables, comprensivas, reflexivas, delicadas, discretas, dependientes, sin iniciativa, administradora del dinero del hombre y del hogar, temerosas, atractivas físicamente, coquetas, seductoras, son siempre jóvenes y dan apoyo incondicional al hombre.

Lara (1991) diferencia entre las características positivas y negativas de la masculinidad y feminidad, a la parte negativa de la masculinidad la llama machismo y la parte negativa de la feminidad la llama sumisión.

Páramo (2005) describe al ideal de hombre macho como: *“Monopolio del poder; superior a la mujer; el único autorizado en tomar decisiones importantes de la familia; autoritario; siempre tiene la razón; no tolera ser contradicho; padre ausente; valiente, nunca puede demostrar que siente miedo; fuerte, nunca puede demostrar que es débil; hermético, tiene problemas de comunicación; no deja salir sus sentimientos; no puede mostrar que siente ternura; no puede ni debe llorar; es abusivo, exigente, mandón; es de carácter fuerte; es mujeriego; las mujeres de su vida: madre, esposa e hijas deben ser castas; exige casarse con una mujer virgen; debe ser sexualmente potente; es bebedor y golpeador; se reúne con otros hombres de la familia y no de la familia; debe ser considerado como proveedor; es brusco; trata a los demás como subordinados, es celoso; es posesivo”* (p. 242-243).

La sumisión corresponde al ideal femenino que proporciona Páramo (2005), quién describe la mujer ideal tradicional como: *“acepta su posición de inferior, reconoce al hombre como superior; sacrifica su inteligencia para ser aceptada por el hombre sin que este se sienta amenazado; es sumisa, obediente, dependiente, sensible, abnegada, sacrificada y débil; esta sexualmente reprimida y considera que tener relaciones sexuales con su pareja es su obligación, es “hacerle un servicio”; es fiel por obligación; trabajadora, la primera en levantarse y la última en acostarse; se hace cargo de la educación de los hijos; carece de autoridad; mantiene limpia la casa; atiende a los hombres de la casa; muestra obediencia y respeto a los hombres de la casa; es invisible ya que todas las decisiones deben ser tomadas como el hombre lo haría; es manipuladora para poder ser invisible; es chantajista, dominante y posesiva; represora de las mujeres; cuida de todos, pero se olvida de sí misma y no se da su espacio propio; no permite que sus hijos crezcan y sean independientes; solo existe en función de los demás, nunca por sí misma; acepta las infidelidades de su pareja; permite que le peguen y abusen verbal y*

hasta sexualmente de ella” (p. 240-241).

Cabe destacar que son roles que aún persisten en nuestra sociedad, Nuñez (1997, citado en Álvarez- Gayou, 2003) menciona que en población indígena del sureste mexicano, en los estados de Oaxaca y Chiapas, aún prevalecen las ideas de que los hombres deben decidir por las mujeres, y cuando el padre no está, el hermano es el encargado de decidir por ellas, así, los hombres deciden con quien deben casarse, las cambian o venden por animales o las alquilan como sirvientas, después del matrimonio, el marido es el que debe decidir por ellas. Al igual que en las culturas mesoamericanas, el trabajo de la mujer no es reconocido, y la mujer no puede heredar tierras, además, las mujeres presentan un grado mayor de desnutrición, puesto que la alimentación se prefiere para el hombre, ya que es él quien debe tener energía para trabajar, la mujer no necesita ir a la escuela pues terminará en la cocina. Finalmente, el hombre puede pegarle a la mujer sin que sea castigado.

Anteriormente e incluso en la actualidad estas diferencias entre hombres y mujeres eran consideradas normales y saludables sin embargo, hasta ahora no se ha encontrado evidencia de que la masculinidad es saludable para los varones y feminidad es saludable para las mujeres (Lara, 1993; Matud & Aguilera, 2009).

En investigaciones más actuales Álvarez-Gayou (2003) preguntó a hombres y a mujeres sobre su percepción de feminidad y masculinidad. Tanto hombres como mujeres coincidieron en que lo que define la feminidad es la maternidad, la sensibilidad y la capacidad de dar ternura y cariño, lo que define la masculinidad es la responsabilidad, el deber, la obligación de mostrar fuerza y ser proveedores. La ventaja de ser mujer para ellas es que no tienen la obligación de trabajar y para ellos el ser protegidas, y que los varones pagan sus gastos. Hombres y mujeres vieron la maternidad como una ventaja, sin embargo ambos consideran que el embarazo, parto y menstruación es una desventaja. Las ventajas de ser hombre para ambos es que pueden ejercer el

poder y ser líderes, mientras que la desventaja es la obligación de mostrar fortaleza y tener que ocultar sus sentimientos.

Es importante señalar a pesar de que se siguen conservado características tradicionales propias para cada sexo, como la maternidad, que México es muy valorada (Álvarez- Gayou, 2003; Rocha, 2000) y el ser proveedor en los hombres (Stern et al., 2003). También se muestran cambios que antes no eran concebibles, como el que los hombres acepten que es una desventaja el tener que mostrar fuerza y ocultar sus sentimientos (Álvarez- Gayou, 2003; Sharim, 2005) y el que las mujeres trabajen fuera del hogar.

Miño-Worobiej (2008), Montesinos (2006) y Sharim (2005) sugieren que los roles tradicionales y los modernos coexisten, está el hombre macho que se involucra en el paternaje y la mujer que es ama de casa y trabaja fuera del hogar.

Hombres y mujeres se muestran confundidos con los roles tradicionales y modernos, les gusta la idea de que podría ser diferente, sin embargo cuando les toca jugar estos nuevos roles, no los aceptan en su totalidad (Miño-Worobiej, 2008; Sharim, 2005), por ejemplo Sharim observó que cuando la mujer pide al hombre que le ayude en una labor considerada femenina, ésta lo critica asumiendo que no es hábil para las labores consideradas del género femenino. García y López, (2006) observaron que hoy en día, incluso las mismas mujeres no se creen capaces de ser líderes de proyecto.

Sharim (2005) observó que los hombres perciben el cambio de roles como el modelo de una nueva mujer, creen que es una mujer completamente diferente a la que existía antes, mientras que las mujeres consideran que siguen siendo las mismas de antes sólo que ahora tienen más posibilidades, por ejemplo ven la posibilidad de trabajar, tener amigas, salir al cine con amigos como opciones que se suman a su rol no como un rol totalmente nuevo.

Es evidente que el cambio de roles ha provocado confusión y malestar en hombres y mujeres, y como menciona Miño-Worobiej, (2008) es importante

para el ser humano saber qué es lo que se espera de él y adaptarse a lo considerado adecuado.

Si bien ahora los hombres y mujeres presentan nuevas facetas en las cuales se pueden desempeñar, ¿cómo son los hombres y mujeres ideales correspondientes a estas nuevas concepciones? ¿Se plantean ideales reales o ideales difícilmente alcanzables?

1.6 EL HOMBRE Y MUJER IDEAL

Los ideales se ha mostrado a través de los medios de comunicación, la imagen de lo que hombres y mujeres son, deben ser, y hacer según su condición de género mucho tiene que ver con lo que se trasmite en ellos (Inmujeres, 2007). La televisión, el radio, cine, periódicos, revistas, carteles, espectaculares e internet son los principales medios encargados de recordarnos que deben hacer hombres y mujeres. Jansz y Martis (2007) aseguran que incluso en los videojuegos se han plasmado los roles de género, pues las mujeres no aparecían en los videojuegos ya que se consideraba que sólo el hombre podía ser superhéroe y en los videojuegos donde aparecen mujeres, éstas juegan un rol tradicional como el ser princesas.

La influencia de los medios de comunicación es tal que, Becker, Burwell, Gilman, Herzog y Hamburg, (2002) observaron que al llegar la televisión a las islas Fidji también llegaron los trastornos de la conducta alimentaria, lo cual muestra el impacto de los medios de comunicación. Es posible que se hayan tenido otras características que hicieron proclive la aparición de estos trastornos, sin embargo la televisión impacta de forma importante en la población.

Actualmente en la publicidad se observa que a la mujer se le presenta como una mujer seductora, con trabajo fuera del hogar, racional, soltera y joven, que sin dejar de cumplir con sus funciones tradicionales incorpora labores consideradas masculinas, se espera que siendo una mujer moderna debe saber qué hacer para que su casa este limpia en el menor tiempo y pueda salir a trabajar y divertirse (Del Moral, 2000; Meras, 2005; Monroy, 2002), además

de que deber ser superficial y consumista (Martínez, 2006). Lo cual es similar a lo que Selvini Palazzoli (1963, citado en Selvini, Cirillo & Sorrentino, 1999) sugirió acerca de que la mujer ideal en un futuro tendrá *“que ser bella, elegante y estar en forma, que dedique mucho tiempo al cuidado de su persona; pero que esto no debe impedirle competir intelectualmente con los hombres y con las demás mujeres, hacer carrera, y tampoco enamorarse románticamente de un hombre, ser tierna y dulce con él, casarse [tener hijos] y representar el tipo ideal de esposa-amante y de madre oblativa, lista para renunciar a los diplomas fatigosamente obtenidos para ocuparse de panecillos y faenas domesticas”* (p. 75).

Martínez (2006) opina que a la mujer mexicana se le ve *“viviendo en su espacio privado desde una posición de relativa libertad, incorporando la tecnología a los quehaceres domésticos, se le incita a que haga deporte dentro o fuera del hogar, que visite los grandes centros comerciales, y que participe en todos los ámbitos de la vida social”* (p. 75). También señala la forma en que se destaca el cuerpo de la mujer, una silueta delgada que evoca sensualidad propuesta como objeto sexual, que la sigue ubicando en un nivel inferior al hombre, al considerarla como aquella mujer que describía Díaz-Guerrero (2005), la mujer amante o prostituta.

Jansz y Martis, (2007) nombraron el *fenómeno de Lara* a la tendencia de presentar en los videojuegos a una mujer competente, con una apariencia fuerte y dominante, que juega roles de villana, héroe y salvadora, pero en donde se exalta un cuerpo sexualizado, al presentarlas con poca ropa, de forma sexy, con cuerpos irreales haciendo énfasis en grandes senos y cadera lo cual puede ser motivo de la popularidad entre los varones a diferencia de las mujeres quienes no suelen jugar este tipo de videojuegos.

Cabe destacar que Viedma (2003) observó que cuando las mujeres muestran atributos considerados masculinos como inteligencia, independencia, toma de decisiones son consideradas como malas, frías y superficiales, para dejar de serlo deben desarrollar el papel asignado por la sociedad, esto es común

observarlo en las telenovelas transmitidas en el Distrito Federal donde la villana puede convertirse en una "buena mujer" si es sumisa, dependiente y romántica.

En el caso de los hombres, hay una nueva tendencia de presentar a los varones en los medios de comunicación como metrosexuales, los cuales son valorados por su belleza, cuerpo, juventud, posesiones, status económico y arreglo personal, y también son mostrados con características psicológicas como flexibilidad, ternura y que "ayudan" en las labores del hogar, pero se pone énfasis en que son heterosexuales (De la Serna Pedro, 2004).

Al igual que en el caso de las mujeres se propone a un hombre consumista, se exalta el ideal de belleza en donde el varón debe lucir bien y tener un cuerpo musculoso. Se presenta al hombre como objeto sexual pero en menor grado que las mujeres ya que son más valorados por lo que hacen y no por cómo se ven (Mena, 2006). Gil (2003) asegura que la belleza en los hombres es una cualidad mas, el valor del hombre está en función de sus capacidades no en la forma de su cuerpo. Lo más importante para el hombre es que sean considerados potentes sexuales como una forma de defender su masculinidad (Díaz-Guerrero, 2005). Aunque actualmente la belleza del hombre comience a tener importancia significativa, se espera que el hombre se preocupe por la apariencia de su cuerpo (De la Serna Pedro, 2004) lo cual lo podemos observar en los nuevos productos destinados para los hombres como mascarillas, el aumento en las memberships de los gimnasios, la demanda de esteroides y la incursión en el mercado de la cirugía plástica (Harvey & Robinson, 2003; Labre, 2002).

Es importante mencionar que el hecho de que se presenten a los hombres como flexibles, tiernos no significa que estén de acuerdo con querer ser así, por ejemplo la masa muscular está asociada con características de personalidad fuerte, feliz, útil, agresiva y poderosa (De la Serna Pedro, 2004) lo cual se contrapone con ser tierno y flexible. Y que los hombres sean puestos como que "ayudan" en las labores del hogar, no es muy aceptado, puesto que a pesar de que algunos hombres colaboran con labores domésticas, el

promedio de horas que los hombres dedican a estas actividades aun sigue siendo muy bajo (Inmujeres, 2007) como para ser considerados con tal característica. En varios estudios se observó que los hombres se siguen identificando con el rol tradicional y les gusta ser así (Fernández & Reyes, 2006; Gil 2003; Rocha, 2000; Stern, et al., 2003; Viedma 2003). En México, los hombres consideran como ideal de hombre ser fuerte, musculoso, ser relajado, mujeriego, proveedor y responsable (Stern, et al., 2003).

Parece que los hombres comienzan a ser más tolerantes, pero no como para dejar por completo su rol, que además les otorga poder. Quizá esto pueda explicarse con lo que Rocha (2000) encontró respecto a que cuando el hombre quiere ser un "buen galán" se atribuye características como amable, afectivo, tierno; es decir que durante la etapa de conquista se atribuyen características diferentes solo para agradar y ya en la relación retoman sus características propias de masculinidad, al igual que mencionaba Díaz-Guerrero (2005) quien afirma que la mujer era puesta en un altar y se le concedían todos sus deseos para que se dejara conquistar y una vez que esta aceptaba el hombre se convertía en el jefe de ésta.

Paramo (2006) propone un ideal de hombre y mujer destacando la importancia del bien común para ambos sexos:

- La mujer ideal liberada *"es democrática y capaz de compartir el poder con su pareja de manera abierta y directa; toma las decisiones de familia y pareja en conjunto, es capaz de plantear y defender sus puntos de vista y negociar la decisión común con su pareja, se relaciona con respeto y equidad con su pareja y su familia; es capaz de sentir y mostrar ternura, dejando al mismo tiempo que sus hijos crezcan y que sean independientes; es capaz de expresar sus sentimientos, de llorar y de mostrar rabia, sin recurrir al chantaje; es capaz de ser fuerte y auto-suficiente; es independiente; comparte con el padre la responsabilidad de la crianza de los hijos; reconoce que tanto la mujer como el hombre pueden tener las capacidades para realizar cualquier actividad con el mismo nivel de excelencia; es capaz de mostrar y sentir miedo y de*

sentir y mostrar debilidad, sin uso de chantajes y reconociendo que también es fuerte y que puede superar sus temores; acepta errores; resuelve problemas de conducta de sus hijos en conjunto con su pareja y la familia; comparte las tareas domesticas con su pareja y su familia; comparte la responsabilidad económica con su pareja; busca el dialogo y tener una buena comunicación con su pareja y su familia; procura dominar su temperamento; se relaciona con respeto y equidad con su pareja y familia; es fiel por convicción propia; disfruta plenamente sus relaciones sexuales y procura que su pareja obtenga el máximo placer sexual; tiene y ejerce los mismos derechos sexuales que el hombre; bebe con moderación; trata a su pareja y familia con delicadeza y respeto, sin agresión verbal, física y sexual; socializa con hombres y mujeres de su familia y no familiares; existe confianza mutua en su pareja; trata a los demás como sus iguales; se desarrolla en todas las dimensiones de su vida: física, emocional, intelectual, económica; es solidaria con su pareja; se cuida a si misma y se da su propio espacio; existe por si misma y no en función de los demás, etcétera” (p. 240-241).

- El ideal del varón liberado: *“es democrático y comparte el poder con su pareja; toma las decisiones de pareja y de la familia en conjunto con ellos; práctica relaciones equitativas con su pareja y su familia; es capaz de mostrar y sentir ternura; es capaz de expresar sus sentimientos y de llorar, es capaz de mostrar y sentir miedo; es capaz de mostrar y sentir debilidad, reconoce que tanto la mujer como el hombre pueden tener la capacidad para realizar cualquier actividad con el mismo nivel de excelencia; reconoce y respeta los derechos sexuales que le asisten tanto al hombre como a la mujer; acepta sus errores, acepta la opinión de su pareja y su familia; asume y comparte la responsabilidad de la crianza de los hijos; comparte la responsabilidad económica con su pareja; busca el diálogo y tener una buena comunicación con su pareja y su familia; procura dominar su temperamento; se relaciona con respeto y equidad con su pareja y su familia; es fiel y no siente la*

compulsión por tener múltiples relaciones con todas las mujeres posibles para probar su virilidad; procura que su pareja obtenga el máximo placer sexual; bebe con moderación; trata a su pareja y su familia con delicadeza y respeto, sin agresión verbal, física, o sexual; socializa con hombres y mujeres de su familia y no familia; le tiene confianza a su pareja; trata a su pareja, su familia y demás personas como sus iguales; no se siente amenazado ni impide la superación económica, intelectual, física, emocional de la mujer, es solidario con su pareja etcétera” (p. 242-243).

Es evidente que si hombres y mujeres comenzaran a ser más tolerantes, en consecuencia la relación entre estos y quienes los rodean serían mejores y más sanas, sin embargo, siguen existiendo hombres y mujeres que desempeñan y transmiten los roles tradicionales, hombres y mujeres en los que comienzan a haber algunos cambios y hombres y mujeres que son más tolerantes con los roles de género y buscan la adaptación más que el seguir reglas establecidas por la sociedad.

Ahora bien una importante pregunta que surge es si ¿los ideales expuestos en los medios de comunicación son los que deseamos en nuestra vida diaria o estos solo confunden a hombres y mujeres al querer alcanzar un ideal social que poco tiene que ver con el ideal personal?.

1.6.1 EL HOMBRE IDEAL DE LAS MUJERES Y LA MUJER IDEAL DE LOS VARONES

Si consideramos el rol tradicional de la mujer expuesto anteriormente y pensamos en lo que los hombres consideran como mujer ideal se podría inferir que los hombres esperan que las mujeres les den hijos, los alimenten, los cuiden y se encarguen de las labores del hogar. Mientras que las mujeres tendrían la concepción de que los hombres tienen la obligación de mantenerlas y protegerlas a ellas y a sus hijos.

Desde el punto de vista antropológico, los hombres eligen a su pareja tomando en cuenta su capacidad reproductiva mediante la observación de ciertos rasgos

corporales como la proporción cintura cadera, o el tamaño de los senos, así una cadera ancha y senos grandes suponen una buena capacidad reproductiva (Bergstrom, et al., 2004). Las mujeres al elegir pareja tienden a fijarse en características masculinas socialmente dominantes como tener una buena posición económica (Kenric et al., 1994, citado en Wade & Abetz, 1997).

Helga et al. (2000) observaron que hombres y mujeres tomaban en cuenta su IMC para elegir a su pareja, así si la complexión de un individuo es delgada, este buscará que su pareja ideal sea delgada. Lo cual sugiere que quizá se tenga la creencia de que si quiero un chico atractivo tengo que ser igualmente atractiva por lo que es posible que al idealizar, en el caso de los hombres, a una mujer atractiva estos comiencen a compensar con el ejercicio lo que creen les hace falta (Bergstrom & Neigh, 2006) pero ocurre algo en ellos que no miden el límite de lo considerado atractivo y se obsesionan con su masa muscular, quizá lo mismo sucede con las mujeres al idealizar a un hombre muy atractivo, perciban en si un defecto que les haga buscarlo a través de la delgadez.

Sin embargo, Swami, Antonakopoulos, Tovée y Furnham, (2006) han observado que la elección de pareja depende también de los roles de género de cada ciudad, por ejemplo los griegos considerados más tradicionales prefieren chicas más voluptuosas, mientras que los Ingleses prefieren a chicas más delgadas pero con curvas. Por lo que, las mujeres con un rol de género tradicional prefieren hombres con cuerpos musculosos y las mujeres no tradicionales prefieren hombres menos musculosos. Las personas atractivas son vistas con cualidades socialmente más positivas: agradables, responsables, competentes, ajustadas, inteligentes e interesantes (Andersen & Bem 1981; Bergtrom & Neigt, 2006; Mulford, Orbell & Stokard, 1998).

De los ideales que mujeres y hombres esperan del sexo contrario se sabe poco con claridad ya que se han observado constantes creencias erróneas de lo que el otro espera. Bergstrom y Neighbors (2006), aseguran que las personas tienden a percibir erróneamente lo que es atractivo para los otros. Además de que los mensajes aún positivos, por ejemplo, hacia el cuerpo de las personas,

en ocasiones son interpretados como una sugerencia de que deberían modificarlo (McCabe, Ricciardelli & Rigge, 2006).

En varias investigaciones (Gettelman & Thompson, 1993; Gil, 2003; Helga et al., 2000; Jones et al., 2008; McArthur, et al., 2005; Prevos, 2005; Rozin & Fallon, 1988, citado en Bergstrom & Neighbors, 2006; Silva & Jiménez, 2008; Thomsen, 2002; Adams et al., 2000; Thompson & Psaltis, 1988; Viviani, 2006) se ha observado que las mujeres creen que entre más delgada sea una mujer, será más atractiva para los hombres, lo cual es falso, pues en estos estudios (realizados en diferentes países e incluso en población rural) se encontró que los hombres consideran atractiva a una mujer esbelta, pero no tan delgada como las mujeres creían.

Por su parte, las adolescentes inglesas creen que lo más importante para gustarle a los chicos es ser estética, delgada y vestir a la moda, sin embargo, los adolescentes no desean mujeres delgadas, si no, mujeres con curvas, voluptuosas y sexis (Helga et al., 2000).

En México Silva y Jiménez (2008) evaluaron las creencias de los hombres acerca de las mujeres de diferentes morfologías corporales y encontraron que los hombres consideran a las mujeres muy delgadas más cuidadosas, pero también más vanidosas, frívolas, presumidas, antipáticas, y menos bonachonas y amigables que las mujeres que hacen ejercicio y que las mujeres con sobre peso. Es decir, no se observó una total aceptación por las mujeres más delgadas, ni un total rechazo por las mujeres con sobrepeso.

Varios autores (Lamb, Jackson, Cassidy & Priest, 1993; Rozin & Fallon, 1988, citado en Bergstrom & Neighbors, 2006; Prevos, 2005) notaron que incluso en mujeres mayores existe la creencia de que a los hombres les gustan las mujeres muy delgadas por lo que es posible que esta idea sea transmitida y reforzada por la madre y por otras mujeres. Además de que esta creencia es reforzada en revistas de moda (Thompsen, 2002). Lo cual puede explicar el porqué las chicas se empeñan en ser delgadas aún cuando la idea de que los hombres las prefieren delgadas sea falsa.

El propósito de tener un buen cuerpo podría ser el conseguir pareja, sin embargo, se observó que incluso las chicas que ya estaban implicadas en una relación romántica creían erróneamente que sus parejas querían que ellas estuvieran más delgadas (Markey & Markey, 2005). Lo cual podría explicarse con lo que encontraron Sanderson, Darley y Messinger (2002, citado en Bergstrom & Neigh, 2006) en cuanto a que las chicas ven la delgadez como una forma de competir con otras mujeres. Loya, Cowan y Walters (2006), explican que las mujeres que son más hostiles contra las mujeres, se sienten insatisfechas cuando ven a una mujer más bella por lo que se crea una especie de competencia entre las mujeres. Lo cual coincide con lo propuesto por Wade y Abest, (1997) cuando las mujeres se comparan con chicas consideradas menos atractivas se sienten más satisfechas. Asimismo se ha observado que las mujeres que buscan la competencia y que se empeñan en ganar esta relacionado con los TCA (Burckle , Ryckman, Gold, Thornton & Audesse, 1999). De manera similar, Cowman y Ulman (2006) dicen que la competencia entre mujeres es inevitable, lo cual quizá tiene que ver con el propio rol femenino puesto que una de las cualidades en la mujer es ser atractiva. Las mujeres compiten por atractivo, reflejado en los concursos de belleza, mientras que los hombres compiten para demostrar fuerza, poder y estatus reflejado en los deportes (Buss, 1988, citado en Wade & Abetz, 1997; Gold, Thornton & Audesse, 1999, citado en Loya et al., 2006).

También se han observado otras creencias erróneas diferentes a la percepción corporal, por ejemplo LaBrie, Cail, Hummer, Lac y Neighbors (2009) encontraron que las mujeres creen que entre más alcohol beban más atractivas serán para los hombres lo cual no coincide con la percepción de los hombres puesto que estos mostraron preferencia por aquellas que moderan su consumo de alcohol.

Como se puede observar la mujer considera que debe ser más delgada para agradar a los hombres, sin embargo ellos no las prefieren delgadas sino con curvas y es así como las mujeres actúan en función de sus creencias erróneas,

se empeñan en ser delgadas porque creen que serán más atractivas e incluso serán mejores que otras mujeres.

Estas creencias erróneas también han sido detectadas en hombres, aunque en menor medida, sin embargo, tal vez esto se deba a que las creencias de los varones han sido estudiadas en menor frecuencia con respecto a las creencias de las mujeres puesto que en ellas la belleza ha sido exaltada como parte de su rol (Bergstrom & Neighbors, 2006). Distefan, Glipin, Sargent y Pierce (1999), preguntó a los adolescentes cuáles eran sus actores y actrices favoritas y concluyó que la mayoría de los adolescentes varones preferían a Arnold Schwarzenegger, Jean Claude Van Damme, Sylvester Stallone, Steven Segal y Wesley Snipes, todos estos actores se caracterizan por ser musculosos, aunque, ninguna chica adolescente mencionó a alguno de estos actores como sus favoritos. De forma similar, que en el caso de las mujeres, en varias investigaciones (Bergstrom et al., 2004; Demarest & Allen 2000; Fallon & Rozini, 1985, citado en Bergstrom & Neighbors, 2006; Forbes et al., 2001; Pope et al., 2000) se ha observado que los hombres de diferentes partes del mundo creen que entre más musculosos sean más chicas atractivas querrán salir con ellos, sin embargo, las chicas no consideran atractivos a hombres muy musculosos. Las chicas gustan de hombres atléticos pero no muy musculosos (Helga et al., 2000). Los músculos están asociados a ser fuertes, valientes, tener poder, ser inteligentes, felices, útiles, agresivos y poderosos (Helga et al., 2000; De la Serna Pedro, 2004), por lo que es posible que los chicos busquen exaltar sus músculos con el fin de exaltar su masculinidad y poder para así no dejar duda que son muy hombres. Como menciona Maier y Lavrakas, (1984) buscan con su cuerpo exaltar esta identidad defendiéndose de cualquier rasgo femenino, además de que estos mismos autores observaron que estos hombres tienen actitudes negativas hacia las mujeres, tienen una personalidad más rígida y gustan de sobresalir.

En hombres con tendencia homosexual se ha observado que tienen la misma creencia de las mujeres respecto a su cuerpo, los chicos creen que sus parejas los prefieren más delgados de lo que en realidad es considerado atractivo

(Gettelman & Thompson, 1993). Por lo que es posible que esta creencia de delgadez extrema sea transmitida como parte del rol femenino, ligado a tener una buena apariencia. Stice, Schupak-Neuberg, Shaw y Stein (1994, citado en Thompsen, 2002) encontraron asociación entre los roles de género desempeñados y el cuerpo ideal estereotipado, las mujeres más tradicionales querían ser más delgadas y los hombres más tradicionales aspiraban ser mas musculosos. Silva, (2001) menciona que quizá el que los chicos quieran ser muy musculosos tiene que ver con la exaltación del rol masculino, a su vez el querer ser muy delgada exalta la feminidad. Thompsen, (2002) propone que la creencia de que los hombres prefieren a las mujeres delgadas habla de una internalización del rol de género tradicional donde la percepción de la belleza es necesaria para complacer al hombre, creencia asociada a la sintomatología de TCA.

Asimismo se han observado distintas creencias erróneas entre ambos sexos, Tantleff y Thompson (2000) observaron que las chicas creían que los hombres preferían un busto más grande del que eligieron los hombres, mientras que los hombres mostraron preferencia por un pecho más marcado del que las chicas consideraron atractivo.

Helga et al., (2000) encontraron que las mujeres prefieren en el hombre ideal características psicológicas, pero ellos creen que ellas prefieren atributos físicos. Los hombres prefieren en la mujer ideal atributos físicos, sin embargo, las chicas creen que buscan atributos psicológicos.

Parece que no hay congruencia entre los supuestos ideales que hombres y mujeres tienen del otro. Si esto está pasando podría ser, que las mujeres y los hombres se estén empeñando en alcanzar ideales que no tienen que ver con la realidad. El creer que entre más delgado o más musculoso soy, más atractivo seré para el otro ha generado conductas alimentarias riesgosas (Bergstrom et al., 2004; Bergstrom & Neighbord, 2006; Thompsen, 2002) que finalmente no les servirá ya que no logran sus objetivos de atraer al sexo opuesto.

El intento por alcanzar el ideal que transmiten los medios de comunicación, tiene especial repercusión en los adolescentes, ya que es una etapa en la que lo más importante para *ellos* es ser aceptados y definir su identidad. Suelen creer que son el centro de atención, que sus problemas son únicos, cuestionan su comportamiento, experimentan roles y fantasías con el fin de desarrollar su identidad, la cual incluye su propio concepto sobre sexualidad, identidad de género y orientación sexual (Krauskopof, 2003; Scutt-Aine & Maddaleno, 2003).

1.7 ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa que comienza con la pubertad, plagada de cambios biológicos, físicos, cognitivos, emocionales y psicológicos, mismos que son el cimiento para la vida futura de los individuos. La forma del cuerpo se modifica, el peso y la estatura aumentan, las mujeres son las primeras en presentar estos cambios, se desarrollan los pechos, las caderas, los genitales y aparece la menarquía, en los hombres se desarrollan los hombros, genitales, se engruesa la voz y aparece la espermaquia (Schutt-Aine & Maddaleno, 2003).

Los cambios físicos acercan al hombre al ideal corporal musculoso, además de que se sienten más hombres (Stern et al., 2003) mientras que alejan a la mujer de su ideal corporal delgado, así, en esta etapa, las mujeres se sienten más insatisfechas con sus cuerpos que los hombres (Labre, 2002), sin embargo, otros autores (McCabe & Ricciardelli 2004; Harvey & Robbinson, 2003; Ricciadelli, McCabe, Williams & Thompson, 2007) aseguran que los chicos también están insatisfechos ya que quieren ser más musculosos. Con respecto a tal insatisfacción corporal, Toro (2009) propone que los adolescentes evalúan su cuerpo en función de los ideales corporales expuestos por la sociedad, las chicas deben ser muy delgadas y los chicos musculosos, en consecuencia si su cuerpo no se ajusta a estos modelos el adolescente se sentirá insatisfecho.

A nivel cognitivo, el adolescente ya puede razonar de forma abstracta y desarrolla su pensamiento lógico e hipotético (Piaget, 1969, citado en Papalia et al., 2005) que le permite entender el contexto en el que se desarrolla así como las relaciones sociales en las que está inmerso, todo ello lo hace evaluar su realidad. De esta manera, el adolescente replanteará o reafirmará sus ideas, por ejemplo, lo que cree adecuado para hombres y mujeres (roles de género), también evaluará lo que ha aprendido hasta el momento y las nuevas ideas de sus pares, para así conformar las propias (Krauskopf, 2003; Matud et al., 2002; Scutt-Aine & Maddaleno, 2003).

Los cambios hormonales y físicos del cuerpo durante la adolescencia dan lugar a sentimientos de autoconciencia y preocupación en relación con la imagen del cuerpo y el atractivo físico, reestructuran su esquema corporal, además, viven un duelo por el cuerpo infantil y tienen la necesidad de afirmar su atractivo sexual y social como una búsqueda de su autonomía (Scutt-Aine & Maddaleno, 2003).

Tanto los cambios físicos, cognitivos y psicológicos que ocurren durante la pubertad influyen en el modo en que el joven se percibe a sí mismo y es percibido por los demás. Pryor y Wideman (1998, citado en Silva, 2006) aseguran que a pesar de los cambios físicos propios de la adolescencia y de la insatisfacción que los mismos pudieran causar en el individuo, la necesidad de cumplir las demandas socioculturales juegan un papel importante en el desarrollo de algunas enfermedades como los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Además de los cambios internos del adolescente, Krauskopf (2003) hace hincapié en que debemos tener en cuenta los cambios sociales como la globalización, la cantidad de información que circulan en los medios masivos de comunicación, así como la situación económica, ya que, esto también influye en el desarrollo del adolescente. La mayor parte de la información transmitida en los medios no contribuyen al desarrollo saludable, pues en ellos prevalece la violencia, el sexo y los roles de género tradicionales (Scutt-Aine & Maddaleno, 2003).

Es evidente que el adolescente se verá expuesto a un bombardeo de información y de hormonas que cambiarán la concepción del mundo en el que vive, sin embargo, es posible que esta construcción de ideales que es meramente social y difundida por los medios de comunicación no corresponda a las características que en realidad desean hombres y mujeres, lo cual podría generar problemas para ajustarse a un ideal que poco tienen que ver con la realidad.

Se ha observado que el tener que cumplir con el rol de género ideal impuesto por la sociedad ha propiciado el malestar en las personas con respecto a sus comportamientos, pues deben dejar de lado lo que quieren ser por lo que deben ser, lo cual a su vez genera problemas de salud (Matud & Aguilera, 2009). A continuación se mencionan algunos de los hallazgos en este ámbito.

1.8 GÉNERO Y SALUD

En América Latina, la sociedad ejerce una gran influencia sobre los adolescentes de ambos sexos para apegarse a los roles de género considerados ideales, sin embargo, algunas creencias sobre los géneros pueden implicar valores, actitudes y prácticas que pueden poner en riesgo la salud de los adolescentes (Scutt-Aine & Maddaleno, 2003).

El rol de género masculino, mismo que se considera propio del hombre, y que llevado al extremo es llamado machismo, comprende características tales como ser arriesgado, aventurero, que debe tener muchas parejas sexuales, ejercer el control, no debe quejarse de su salud física, no debe mostrar emociones salvo la ira, ni buscar ayuda en momentos de estrés emocional, puede llevar a los hombres a cometer delitos que afectarán su vida futura (Larraín, Bascuñan, Martínez, Hoecker & González, 2006), pueden ocasionar problemas en la salud de los individuos que van desde rehusarse a asistir a los centros de salud cuando se enferman presumiendo así su fortaleza (Fleiz, Ito, Medina-Mora & Ramos, 2008) hasta desempeñar conductas que repercutan en su salud sexual y reproductiva llevándolos a enfrentarse con embarazos no

deseados e infecciones de transmisión sexual incluso exponiendo su vida si hablamos del VIH (Charry & Torres, 2006; Stern, et al., 2003).

Por su parte, el rol femenino, propio de las mujeres y que llevado al extremo se llama sumisión, implica características como: negar sus propias necesidades, dejarse humillar, reconocer más fácilmente el fracaso y la tristeza y abandonar los proyectos personales por los proyectos de los hijos o del esposo, puede ocasionar problemas de estima (Larraín, et al., 2006). De esta forma, aquellas mujeres que permanecen en casa frecuentemente ven su realización a través de sus hijos o su pareja, sin embargo, la preocupación por satisfacer las necesidades de los otros es constante, lo cual puede provocar estrés, ansiedad y/o neurotismo (Granados & Ortiz, 2003).

La internalización del rol femenino, así como las creencias erróneas sobre el amor y la pareja son factores de riesgo para ser víctima de violencia. Las chicas creen que se puede agredir a alguien que queremos, no identifican la coerción, el chantaje y las amenazas como una forma de violencia, las consecuencias de esto son baja autoestima, depresión (Meras, 2005) y en casos donde hay alto grado de violencia sexual se ha observado estrés postraumático (OMS, 2005).

Para las mujeres, la sumisión está relacionada con las relaciones sexuales insatisfactorias, mientras que la masculinidad asegura satisfacción sexual (Sánchez, Morales, Carreño, Martínez & Ramírez, 2005). Para los hombres sigue siendo importante el inicio de la vida sexual como muestra de su masculinidad, a diferencia de las mujeres quienes lo consideran parte de su vida amorosa y que da estabilidad a su relación de pareja (Navarro, Reig, Barberá & Ferrer, 2006).

Los hombres que desempeñan un rol tradicional, suelen tratar a las mujeres con prácticas de seducción e imposición, incluso querrán dominar y controlar a sus parejas (Stern et al., 2003). Así también las chicas que se empeñan en un rol tradicional aceptarán lo que el hombre les diga, tendrán la falsa creencia de

que jamás encontrarán a un chico que la quiera, que los celos son expresión de afecto y se sentirán responsables del bienestar de su pareja (Meras, 2005).

En México, con respecto a la salud mental, las mujeres son diagnosticadas más frecuentemente con depresión o ansiedad, mientras que a los hombres se les diagnostica comúnmente con trastorno de personalidad antisocial o abuso de sustancias (Granados & Ortiz 2003). De manera similar, en adolescentes, las chicas mostraron más prevalencia con respecto a la depresión mayor, el trastorno negativista desafiante, la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación, mientras que los varones fueron diagnosticados con trastorno negativista desafiante, abuso de alcohol y trastorno disocial (Benjet et al. 2009; Siverio & García, 2007).

A simple vista, los datos anteriores parecen mostrar que los hombres no se estresan y no se deprimen, sin embargo, se ha encontrado que los hombres suelen manifestar la depresión de manera diferente a las mujeres, lo hacen a través del alcohol, las drogas, conductas violentas, en accidentes y suicidios (Fleiz et al., 2008). Asimismo se ha observado que los hombres suelen aceptar fácilmente que son alcohólicos y drogadictos mientras que las mujeres preferiblemente aceptan sus problemas emocionales (Berenzon, Medina & Lara, 2003; ONU, 2005). Según Granados y Ortiz (2003) la dependencia al alcohol y a las drogas se relacionan con el modelo de masculinidad, así, en la adolescencia experimentar, es muestra de valentía en los varones, pero en las mujeres es inapropiado. Y justo ese consumo de alcohol y drogas es el que ha incitado a que los adolescentes se auto-definan como alcohólicos y drogadictos (Charry & Torres, 2006). De esta manera, Fleiz et al. (2008) proponen que la creencia de que la depresión es un problema exclusivo de las mujeres hace que los hombres no pidan ayuda para esta enfermedad. Incluso se ha observado que los médicos tienden a diagnosticar con depresión a un mayor número de mujeres que de hombres, aún si estos presentan síntomas idénticos (ONU, 2005).

De acuerdo con Fleiz et al. (2008) las causas por las que los hombres suelen deprimirse son: la pérdida de la pareja, empleo y cuando algo afecta su salud, dichas situaciones atentan contra su rol masculino de proveedor, papel considerado el más importante para el hombre, por lo que, cuando este se ve obstaculizado o puesto en duda el hombre puede entrar en depresión. Estos autores sugieren que el rol masculino que hace al hombre incapaz de demostrar lo que siente y mostrarse dominante, tiene repercusión en la salud mental y física del individuo, afectando no solo a ellos mismos sino también a quienes los rodean.

Por otro lado, durante la adolescencia parece haber mayor incidencia de trastornos psiquiátricos en las mujeres, lo cual puede estar relacionado con el hecho de que en la adolescencia el rol de género cobra vital importancia (Benjet et al., 2009). Así, a mayor edad, es en la mujer en la que con mayor frecuencia se detectan problemas de salud mental (Guibert, Prendes, González & Valdés, 1999; Granados & Ortiz, 2003), sin embargo, es importante recalcar que es ella quien suele acudir a los centros de salud mental, de manera similar, los hombres acuden con mayor frecuencia a los centros de alcoholismo y drogadicción e incluso los criterios para evaluar estas conductas están basados en varones (Berenzon et al., 2003).

Las investigaciones anteriores parecieran mostrar que el desempeño de roles de género tanto femeninos como masculinos están relacionados con la mala salud o la falta de ésta en el individuo, sin embargo, no todos los investigadores toman en cuenta que dentro de tales roles existen características positivas y negativas. Así, algunos atributos asociados a los roles de género tales como ser afectuoso o seguro de sí mismo son consideradas dentro del rol positivo o deseable de la feminidad y la masculinidad respectivamente, mientras que las características tales como indeciso y dominante forman parte del rol negativo o indeseable de los mismos. En México, Lara (1993) llama a las características negativas de la feminidad y la masculinidad como sumisión y machismo respectivamente.

En algunos estudios se ha observado que la mala salud se asocia con los roles de género negativos: la sumisión y el machismo (Álvarez et al., 2000; Bosques, 2003; Lara, 1991; González, 2009), pero no con el rol masculino o femenino. Por ejemplo, Lara (1991) identificó que el machismo y la sumisión están relacionados con la depresión, neuroticismo y psicotismo en hombres y en mujeres. Debido a que, la mayoría de las investigaciones no contemplan tal diferencia, los resultados en cuanto al género y la salud parecen contradictorios, por lo que, las investigaciones al respecto se deben tomar con cautela.

Dado a que se sabe que una persona puede desempeñar tanto roles masculinos como femeninos, algunas investigaciones propusieron que tal vez protagonizar varios roles estaría asociado a la mala salud o la falta de ésta ya que las personas podían verse presionadas al realizar ambos roles (Hall, Johnson & Tsou, 1993, citado en Matud, 2002). Sin embargo, Matud et al. (2002) y Lara (1993) encontraron que el desempeñarse en múltiples roles es saludable para ambos sexos, pues hay un aumento de ingresos, apoyo social, oportunidades para tener éxito, ampliación del marco de referencia, experiencias e intereses similares, lo cual se refleja en la salud física, mental y social, estos autores proponen que entre más rígidos sean los roles de género adoptados por el individuo, este tendrá más y mayores problemas de salud, ya que, la flexibilidad en los roles de género brinda un repertorio más extenso de conductas y actitudes que se pueden emplear en diversas situaciones, así en alguna situación será importante la calidez y empatía mientras que en otra la asertividad y la solución de problemas pueden ser las más convenientes.

Los roles de género están relacionados con diversos problemas de salud, de manera similar, se ha cuestionado si los roles de género están implicados con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) ya que tales padecimientos son considerados típicamente femeninos debido a que las mujeres son diagnosticadas con mayor frecuencia que los varones con ésta patología e incluso cuando algún varón llega a padecer un TCA se cuestiona su orientación sexual o se le tacha de "afeminado". A continuación se mencionan algunas investigaciones que muestran la asociación entre los TCA y los roles de género.

1.8.1 GÉNERO Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La investigación en cuanto a los roles de género y su relación con los TCA ha sido controversial. Murmen y Smolak (1996) explican que esto se debe a varias razones, entre ellas los instrumentos, la población y las definiciones operacionales utilizadas. Se ha observado que los instrumentos utilizados no comparten bases conceptuales, en algunos se siguen midiendo los roles de género como conceptos opuestos y a menudo, no se consideran las características negativas de la masculinidad y feminidad. Por otro lado, cuando los estudios se hacen en población clínica las chicas suelen mostrarse más sumisas, dependientes y poco asertivas que en población no clínica. Algunos autores (por ejemplo Moulding, 2006) suponen que esto podría estar influenciado porque se espera que las chicas que están siendo atendidas en una institución psiquiátrica se espera que estas chicas actúen dependientes y poco asertivas, puesto que se reproduce el escenario vivido en casa. A diferencia de lo que se ha observado en poblaciones escolares en donde los resultados se encaminan hacia lo deseable, ya que se describen con más características masculinas (Murmen & Smolak, 1996).

Existen diversas conclusiones a las que se ha llegado después de investigar la relación entre los roles de género y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Crago, Yates, Fleisher, Segerstrom y Gray (1996) lo resumen así:

- (1) Los TCA están relacionados con el desempeño de un rol tradicional: femenino.
- (3) Las discrepancias entre lo que soy y lo que me gustaría ser (ajuste al rol de género).
- (4) Desempeñar el rol de súper mujer se asocia a los TCA.

A continuación se presentan diversas investigaciones bajo estos supuestos.

1.8.1.1 Rol femenino

Como ya se mencionó anteriormente, los resultados que asocian los roles de género y los trastornos de la alimentación son contradictorios. Sin embargo,

gran parte de la literatura muestra que la feminidad es el rol que más se relaciona con los problemas alimentarios, así, las chicas que suelen atribuirse más características femeninas son las que a menudo están en riesgo de padecer un trastorno alimentario e incluso son aquellas que ya están diagnosticadas con un TCA (Álvarez et al., 2000; Behar, Barrera & Michelotti, 2001, 2002; Bosques 2003; Brown, Cross & Nelson, 1990; Cantelon, Leuchner & Harper, 1896; Murmen & Smolak, 1997; Meyer, Blisset & Oldfield, 2001; Squires & Kagan, 1985; Srikameswaran, Leichner & Harper 1984; Tiggerman & Stevens, 1998; Timko, Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1987).

Varios autores (Cantelon et al., 1896; Cash, Ancis & Strachan, 1997; Klingenspor, 2002) sugieren que los roles tradicionales están relacionados con los TCA, de ésta manera, las personas que son sumisas tienen mayor probabilidad de presentar un trastorno alimentario.

De manera similar, los estudios realizados en México han encontrado que hay relación entre la sintomatología de los trastornos de la alimentación y los rasgos femeninos, sobre todo con las características negativas de la feminidad, llamadas sumisión (Álvarez et al. 2000; Bosques, 2003; González, 2009).

Recientemente González (2009) encontró que en población clínica, las chicas diagnosticadas con un Trastorno de la Conducta Alimentaria se atribuyen más características sumisas (feminidad negativa) y machistas (masculinidad negativa) que las chicas sin tales patologías.

La mayoría de estas investigaciones se han realizado con mujeres debido a que éstas son las que muestran mayor incidencia con respecto a los TCA, sin embargo, también los hombres pueden padecer un trastorno de la alimentación, ya que, ellos comienzan a preocuparse por su apariencia en mayor medida de lo que se preocupaban anteriormente. Algunos autores (Meyer et al., 2001; Behar et al., 2002) han llevado a cabo estudios en los que han participado hombres y mencionan que los chicos que presentan un rol más femenino suelen estar más expuestos a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. Incluso McCabe y Ricciardelli (2004) menciona que los hombres

con un rol femenino están más insatisfechos por su peso que las mujeres con un rol de género masculino.

El desempeñar un rol femenino, que en un extremo llamaríamos sumisión está relacionado con los Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres y por lo que se sabe también en hombres. Un componente importante de la feminidad es la apariencia y a su vez la apariencia juega un papel muy importante dentro del rol de la mujer. Desde pequeña se le pide que este bien vestida, limpia y que muestre una buena apariencia hacia los demás (Díaz-Guerrero, 2005). Se cree que la mujer debe ser atractiva como símbolo de éxito ya que solo siendo delgada y atractiva tendrá el derecho de ejercer poder (Ballester & Guirado, 2004, citado en Guirado & Ballester, 2005; Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro & Fliez, 2002; De la Serna, 2004). Un cuerpo delgado no solo es más atractivo sino que se considera más femenino (Huon, 1996, citado en Unikel et al., 2002). La belleza de la mujer es mucho más valorada que la belleza masculina (Gil, 2003), la mujer es quien debe ser bella para gustarle al hombre.

Algo similar ocurre en la población homosexual, para quienes la perfección, el ser atractivos, delgados, musculosos y jóvenes es muy importante ya que es mediante estos atributos que consiguen pareja, debido a que sus relaciones son poco duraderas y basadas en ejercer su sexualidad (Harvey & Robbinson, 2003). Así el tener un buen cuerpo supone mayor probabilidad de tener pareja.

Curiosamente se ha observado que las mujeres heterosexuales y los hombres con tendencia homosexual, creen que sus parejas los prefieren más delgados de lo que en realidad es considerado atractivo (Gettelman & Thompson, 1993). Creencia que ha sido asociada a un rol de género tradicional, donde la belleza es necesaria para complacer al otro, creencia que a su vez está relacionada con los TCA (Thompson, 2002).

Tanto las mujeres heterosexuales como los homosexuales son quienes más tienen riesgo de padecer los TCA a diferencia de las chicas lesbianas y los hombres heterosexuales (Harvey & Robbinson, 2003; Lakkis, Ricciardelli; Williams, 1999).

1.8.1.2 Discrepancias

Higgins (1987) propuso la teoría de la auto-discrepancia, esta menciona que la diferencia, que las personas perciban entre lo que son (real), lo que les gustaría (ideal) y lo que deberían ser están relacionados con la insatisfacción y propician la aparición de una disfunción emocional. Por lo que una persona saludable no debería mostrar discrepancias en su autoconcepto real, ideal y el debería ser.

Higgins (1987) suponía que los efectos que tenía la discrepancia entre el autoconcepto real e ideal eran diferentes a la discrepancia entre el autoconcepto real y el debería ser. Suponía que la discrepancia entre el real y el ideal está asociada con emociones negativas, como la insatisfacción y la tristeza. De igual forma otros autores han observado que esta discrepancia entre el autoconcepto real e ideal está relacionado con baja autoestima (Renaud & McConnell, 2007), ansiedad, depresión (Katz & Farrow, 2000), enojo, frustración (Strauman & Higgins, 1988) y trastornos de la conducta alimentaria (González 2009; Klingspor, 2002). Específicamente en hombres se ha observado que a mayores discrepancias entre su percepción real e ideal está relacionada con varones que son muy defensivos (Wylie, 1955), presentan poca energía, son irresponsables e individualistas, mientras que los hombres bien ajustados están más adaptados a la sociedad, orientados al logro y son competentes (Lazzari, Fioravanti & Gough, 1978).

Por otro lado Higgins (1987) menciona que la discrepancia entre el autoconcepto real y lo que debería ser está relacionado con resultados negativos como el miedo o la inseguridad. Otros autores han observado que esta discrepancia se ha relacionado también con la ansiedad, disfunción sexual (Katz & Farrow, 2000), enojo, resentimiento (Strauman & Higgins, 1988) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Álvarez et al., 2000; Bosques, 2003).

La auto discrepancia también se ha trabajado con los roles de género, por ejemplo Klingspor (2002) observó que las mayores auto-discrepancias

(actual e ideal) en el rol masculino tiene efectos negativos en la autoestima de hombres y mujeres. González (2009) llama a la discrepancia entre el real e ideal *ajuste personal al rol de género* y se obtiene restando las puntuaciones obtenidas en el rol ideal personal menos el rol real. Y a la discrepancia entre el real y el debería, algunos autores (por ejemplo Álvarez et al., 2000; Bosques, 2003) llaman a esta discrepancia *ajuste al rol de género*. Esta medida se obtiene restando la puntuación obtenida en el debería ser menos el rol real (Álvarez et al., 2000; Bosques, 2003).

Los valores obtenidos no tienen un punto de corte, sin embargo, una puntuación saludable debería asumir valores muy cercanos entre sí por lo que la discrepancia debería ser mínima, así los puntajes más alejados de cero independientemente de si son positivos o negativos indican una mayor insatisfacción lo que supondría que la persona no está satisfecha con su forma de ser, mientras que los valores cercanos a cero suponen un buen ajuste, satisfacción y por lo tanto una buena salud. Una puntuación negativa supone que la persona desea tener más de esa característica, una puntuación positiva supone que el participante desea tener menos de tal característica.

Como se ha mencionado existe evidencia de que un pobre personal ajuste al rol de género (González, 2009) y ajuste al rol de género está relacionado con los TCA (Klingspor, 2002; Sawdon, 2006), constatado en población mexicana (Álvarez et al., 2000; Bosques, 2003; González, 2009). A continuación se muestran las investigaciones más relevantes al respecto.

Como se mencionaba al principio de este apartado la relación entre el rol de género y los trastornos de la conducta alimentaria es controversial. Y se ha apuntado que las discrepancias entre el rol de género real e ideal está relacionado con la feminidad, feminidad negativa y masculinidad.

En cuanto al ajuste personal al rol de género, las primeras investigaciones al respecto estuvieron a cargo de Squires y Kagan (1985) quienes estudiaron la relación entre los roles de género y los TCA, y entre otras cosas encontraron que las discrepancias entre el rol de género femenino está asociado con

conductas alimentarias compulsivas y la práctica de dietas. Posteriormente Paxton y Sculthorpe (1991) también encontraron que las discrepancias entre el autoconcepto real e ideal y conductas alimentarias en riesgo estaban asociadas al rol de género femenino pero sólo con las características negativas de esta.

Posteriormente Klingenspor (2002) trabajo la relación entre conductas bulímicas y el rol de género, encontrando que el rol de género masculino está relacionado con la práctica de conductas bulímicas en el paso de la adolescencia a la adultez.

Sin embargo en investigaciones más recientes González (2009) observó que las mujeres que padecen un Trastorno de la Conducta Alimentaria muestran mayores discrepancias en el ajuste personal al rol de género, específicamente en el de sumisión. Como ya se mencionaba a mayores discrepancias mayor insatisfacción, por lo que las mujeres con TCA a diferencia de las mujeres no clínicas, se muestran más insatisfechas con su rol de sumisión.

A pesar de que existen diferentes concepciones, predominan las investigaciones que asocian a las discrepancias con el rol de género femenino en su versión negativa (González, 2009; Paxton & Sculthorpe 1991), que Lara (1993) llama sumisión.

En cuanto al ajuste del rol de género, el cual se obtiene de la diferencia entre la prescripción social menos la autodescripción, Timko et al. (1987) estudiaron las discrepancias entre el autoconcepto actual y la importancia de los roles de género reflejando que el rol de género masculino predice a los TCA.

Álvarez et al. (2000) y Bosques (2003) observaron que las chicas con TCA o con sintomatología de un TCA muestran mayores discrepancias en su percepción del rol de género real y prescripción social, reflejando un pobre ajuste al rol de género, sintiéndose más insatisfechas en el rol de sumisión. Resultados que coinciden con los obtenidos de González (2009) pero en el ajuste al rol de género personal, por lo que las chicas con TCA se muestran más insatisfechas tanto a nivel personal como social y es posible que busquen compensar su insatisfacción por medio de su cuerpo.

Son pocas las investigaciones en las que se incluyen hombres, Klingenspor (2002) encontró que tanto en hombres como en mujeres a mayor discrepancia entre su real y como les gustaría ser, se encontraron más conductas bulímicas.

A pesar de los resultados contradictorios en este tema, cabe destacar que predominan los resultados que señalan que el rol de género femenino en su versión negativa llamado sumisión, está causando inconformidad tanto a nivel personal como social entre las chicas lo cual las pone más cerca de un TCA. Esta inconformidad puede estar asociada a los nuevos roles impuestos dónde se espera que la mujer se desempeñe de forma acertada reproduciendo un rol de género femenino y masculino, por lo que es posible que en ocasiones se caiga en los extremos negativos, sumisión y machismo

1.8.1.3 Rol de súper mujer

El rol de súper mujer, termino instaurado por Steiner-Adair (1986, citado en Myers, 1999) caracteriza a una mujer autónoma, centrada en su apariencia física, que desempeña múltiples roles, es esposa y madre amada con una exitosa carrera y es capaz de desempeñarse adecuadamente en roles considerados femeninos y masculinos (Crago et al., 1996; Myers, 1999). El desempeño de tal rol, ha sido asociado con el desarrollo de los TCA (Silverstein, Shari, Perlick & Perdue, 1990; Steiner-Adair, 1986, citado en Myers, 1999; Timko et al., 1987).

Sin embargo, en varias investigaciones se ha observado que diversas características del rol de súper mujer como: adoptar múltiples roles (Matud et al., 2002), tener una alta motivación al logro (Myers, 1999) y desempeñar un rol andrógino entendido como la capacidad de desenvolverse adecuadamente en conductas masculinas y femeninas (Bem 1974; Pritchar, 2008; Thorton, Leo & Alberg, 1991) no se relacionan con los TCA, e incluso, algunos autores proponen que tales características tienen una función protectora ante la aparición de tales padecimientos (Crago, et al., 1996; Matud et al., 2002).

Bosques (2003) encontró en las mexicanas lo que ella llamó: el rol de súper mujer parcial, las chicas con sintomatología de TCA percibieron mayor presión social por poseer rasgos masculinos negativos (machistas), femeninos y sumisos. Le da el adjetivo *parcial* ya que el rol de súper mujer se caracteriza por poseer rasgos masculinos y femeninos, aunque no se diferencian las características positivas y negativas del rol de género.

A pesar de los variados resultados en la relación entre los roles de género y los TCA, el rol femenino negativo es el que más aparece como un factor importante, tanto en la auto-descripción, idealización y en la discrepancia al rol de género.

Dado que los TCA son considerados trastornos multifactoriales ya que estos no pueden ser explicados por un solo factor, es indispensable conocer cuáles son los factores implicados en estos padecimientos y cuáles son las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación que pueden poner en riesgo a los adolescentes para desarrollar un TCA.

2. REVISIÓN HISTÓRICA: CONDUCTAS Y ACTITUDES HACIA EL PESO Y LA ALIMENTACIÓN

El ayuno, la restricción alimentaria, los atracones y el vómito inducido son conductas que han estado presentes a lo largo de la historia, motivadas por diversos intereses (Bemporad, 1996), pero siempre buscando cumplir con lo considerado ideal. A continuación se revisan las conductas de ayuno y restricción alimentaria.

2.1 AYUNO Y RESTRICCIÓN ALIMENTARIA

El ayuno es una conducta que se ha practicado desde tiempos ancestrales por diferentes culturas, como los egipcios, griegos y sobre todo los cristianos. Para estos, el ayuno era una forma de hacer penitencia por los pecados cometidos, les ayudaba a alejarse del mal y mantenerse puros de corazón delante de Dios (Bemporad, 1996; Chinchilla, 2003; Toro, 2004).

De acuerdo con Bemporad (1996) en la Biblia se menciona que Moisés ayunó durante cuarenta días antes de recibir los diez mandamientos, lo cual muestra que se utilizaba el ayuno como una forma de ser más susceptibles ante los ojos de Dios. De forma similar, muchas mujeres llegaron a ser canonizadas por ayunar, ya que se creía estaban bendecidas por Dios al sobrevivir sin alimento, por lo que las personas se veían motivadas a participar en los ayunos (Toro, 1996).

Chinchilla (2002) menciona que dentro de esta religiosidad, el ayuno tenía un componente más profundo que el simple hecho de no comer: el rechazo al cuerpo como instrumento de pecado.

Entre 1200 y 1500 parece intensificarse el número de mujeres que bajo el mandato divino, paradójicamente hacen del ayuno su forma de vida. La iglesia incita a que sus feligreses ayunen como una práctica obligatoria, amenazándolos con la pérdida de los dientes o de su vida si no lo hacen, sin

embargo, las personas con una posición económica favorable podían comprar indulgencias con el fin de evitar el ayuno (Toro, 1996).

En la literatura teológica del siglo XVI se presentan descripciones de personas que ayunaban hasta el total rechazo del alimento. Bell (1985, citado en Bemporad, 1996) en su obra *Holy anorexia* hace una recopilación de varios casos de estas mujeres, por ejemplo, Catharina Benicasa, Catalina de Siena, Santa Walpurguis, Friderata Von Treuchtlingen y la princesa Margarita por mencionar algunas. Y observó que estos casos presentaban características similares: el negarse a la ingestión alimentaria aparecía por alguna situación angustiante vivida en casa, generalmente imposiciones de los padres de estas chicas hacia su futuro, querían casarlas con alguien que ellas no querían y para evitarlo se metían a una orden religiosa como un escape a la situación vivida en casa. Bynum (1987, citado en Bemporad, 1996) hace referencia al papel social de la mujer en ese siglo que se caracterizaba primordialmente como alimentadoras; eran preparadoras y dispensadoras de la comida desde la lactancia y estaban condenadas a hacerlo toda su vida, por lo que al unirse a una orden religiosa rompían con este esquema, lo cual puede ser un rechazo a desarrollar los roles impuestos por la sociedad de ese tiempo, optando por el ayuno con el fin último de ser vistas como modelo y ejemplo a seguir.

Poco después el ayuno cobro significados contradictorios, que tenían que ver con la lucha entre el bien y el mal, por el lado del bien las muchachas que ayunaban con tenacidad llegaban a ser canonizadas por la iglesia vistas como un modelo a seguir por la población, por otro lado, debido a la reforma protestante en 1560, las chicas ayunadoras eran consideradas brujas, ya que se tenía la creencia de que las brujas debían ser muy delgadas dado que tenían que volar por lo cual, la Santa Inquisición consideraba que poniendo a la mujer que se negaba a comer en lo hoguera permitiría a su alma salvarse (Tinahones, 2005).

Esta situación causaban confusión en los demás, una mujer que ayunaba podría ser catalogada como santa y subida a los altares para devoción y ejemplo de valores e ideales colectivos, o podría ser quemada públicamente

como ejemplo de lo que no debía hacerse. En la actualidad sucede un fenómeno similar, existe un doble mensaje transmitido por los medios de comunicación, por un lado, se muestran chicas delgadas provistas de belleza y éxito desfilando en pasarelas, en contraposición, también se muestran chicas delgadas pero enfermas con el fin de alertar a la población sobre los trastornos de alimentación (Tinahones, 2005), incluso en ocasiones no parece haber diferencias entre las mujeres presentadas como exitosas y las enfermas.

Posteriormente, los ayunos dejaron de hacerse constantes, además de que el papa Benedicto XIV recomendó a la población no incurrir más en esta práctica y redujo significativamente el número de canonizaciones (Toro, 1999).

Gracias a los avances, las observaciones sistemáticas y a las publicaciones sobre estas conductas alimentarias anómalas, en el siglo XIX cuando los estudiosos se enteraban de alguna persona que decía estar bendecida por Dios, ya que seguía viviendo tras una restricción alimentaria total, investigaban el caso, por ejemplo, Ane Moore era una mujer que aseguraba no haber probado alimento por largo tiempo, sin embargo, tras las investigaciones se encontró que su hermana era quien la alimentaba por medio de pequeños bocados a través de besos (Bemporad, 1996; Toro, 1996). También, de acuerdo con Bemporad (1996) entre estos casos se encuentra el de Sarah Jacobs, quien se había convertido en una celebridad ya que los médicos no lograban descubrir cómo es que era alimentada. Los padres de Sarah lucraban con la enfermedad de su hija, exhibiéndola con vestidos llamativos para que fuera fotografiada por los curiosos, quienes le llevaban dinero y regalos. Finalmente, los investigadores mandaron a cuatro enfermeras para vigilarla, en los primeros dos días encontraron excremento en la pijama de Sarah, pasados seis días Sarah estaba a punto de morir, por lo que las enfermeras le permitieron comer aunque su padre se opusiera, días después ella murió y a su padre lo arrestaron por negligencia.

La historia no solo nos presenta casos de mujeres que practican el ayuno, también se sabe de hombres que recurrían a esta práctica. Tal es el caso de Hilarion de Alejandría quien sólo comía pan, sal y algunas lentejas o a los

extremos que llegó Saint Simeon Stylites, quien ató a su cintura una cuerda con tanta fuerza que se le infectó y se le llenó de gusanos (Bemporad, 1996). Asimismo existen otros casos de hombres como los <<padres del desierto>>, Hero y los llamados artistas del hambre o esqueletos vivientes, quienes hacían uso de su cuerpo exhibiendo su habilidad para mantenerse sin alimento, posteriormente aparecen Lord Byron y Kafka quienes ayunaban y evitaban el consumo de carne para despejar la mente además de que consideraban a la gordura detestable (Toro, 1996).

Cuando la práctica de ayunos y la restricción alimentaria dejaron de considerarse algo bueno, estas conductas se convirtieron en precursoras de la anorexia y de acuerdo con Walsh y Devlin (1988, citado en Silva, 2006) el primer caso documentado de anorexia fue hace 300 años, sin embargo, hasta 1874 la anorexia fue descrita como se le conoce ahora. La palabra anorexia viene del griego *anorektous* la cual había sido utilizada para referirse a la falta de apetito y a ciertos trastornos del estómago, aunque, la Anorexia Nervosa que conocemos hoy pasó por diferentes denominaciones, se le llamó *Holy Anorexia*, *inedia prodigiosa* y *anorexia mirabilis*, sin embargo, en el siglo XX, tras el acuerdo de varios médicos, Richard Morton fue el primero que describió el cuadro de Anorexia en el libro *Phthistologia, seu exercitationes de phthisi* en 1968, nombrándola *consunción nerviosa*, posteriormente, Lasegue concebía a la anorexia como <<*anorexia histérica*>>, hasta que finalmente Gull descartó que la histeria estuviera relacionada con la anorexia dándole así el nombre de <<*anorexia nervosa*>> que ha seguido hasta nuestros días (Toro, 1996).

Hemos observado que el ayuno y la restricción alimentaria son conductas que han existido desde siempre aunque motivados por diferentes circunstancias, ya sea para ser considerada santa y así estar más cerca de Dios, como una forma de escapar al rol tradicional, para ser vista como un caso único y sobrenatural al vivir sin alimento, asimismo el ayuno ha sido asociado con lo demoníaco y enfermo (Bemporad, 1996; Toro, 1996; Thinahones, 2005). El ayuno solo cambió de contexto, antes era motivado por la pureza, penitencia y amor a Dios, ahora esta práctica es usada como medio de aceptación social a través una silueta considerada perfecta (Toro, 1996). Actualmente lo que motiva los

ayunos y las dietas restrictivas es el deseo de estar delgadas consiguiendo así éxito, sofisticación, prestigio y autocontrol (Bemporad, 1996).

Además del ayuno y la restricción alimentaria, los vómitos y atracones son conductas que han perdurado hasta nuestros días, aunque han sido motivados por diferentes intereses.

2.2 VÓMITOS Y ATRACONES

Los vómitos y atracones son las conductas consideradas precursoras de lo que hoy conocemos como bulimia. Ya Hipócrates había observado un hambre más intensa que la normal y la nombró *boulimus*, Galeno identificó a la bulimia como un estado de ánimo en el que la persona pareciera que está a punto de desmayarse, siente deseos exagerados de comida, después de saciada venían movimientos en el vientre que daban paso al vómito y llamó a este estado de ánimo *kinos orexia* o *hambre canina* (Toro, 1996).

Los griegos solían practicar conductas bulímicas en eventos sociales o por motivos religiosos, posteriormente, en la Edad Media y durante el Renacimiento el vómito era usado como penitencia, ya que se tenía la creencia de que vomitando se arrojarían los pecados del cuerpo y se frenaban los deseos sexuales (Toro, 1996).

Para los romanos de clases medias y altas, el vómito era sinónimo de gozo y festejo, la celebración consistía en ciclos de atracones y vómitos, ingerían grandes cantidades de comida que después vomitaban, e iniciaban nuevamente la ingestión, incluso contaban con lugares destinados para vomitar llamados *vomitoriums*. Estas prácticas no eran consideradas dañinas salvo si se acompañaban de algún otro padecimiento (Toro, 2004).

El origen de los vómitos como una conducta dañina para el cuerpo comenzó como un síntoma más que un trastorno como tal. La historia de la bulimia empieza hasta la década de los 40's (Silva, 2006). La palabra bulimia viene del griego <<*limos*>> que significa hambre y de <<*boul*>> que significa buey,

así, la traducción sería <<*hambre feroz*>> o <<*hambre de buey*>> y en la traducción del latín sería <<*hambre canina*>>.

James en 1743 (citado, en Toro, 1996) describe al *boulimus* o bulimia como una intensa preocupación por la comida, distinguiendo dos tipos: uno que se caracterizaba por atracones de intervalos cortos y desmayos pero no había vómito y el otro tipo donde había atracones que culminaban con el vómito que él llamó hambre canina.

En 1944, Binswanger (citado en Toro, 1996) describe el caso de Ellen West una paciente bulímica que había tenido anorexia. En este punto la bulimia era considerada como un síntoma de la anorexia, no como una patología definida. En los ochentas se dispara el interés de los investigadores y de la sociedad por la bulimia vista como aberrante y comienza a ser descrita como parte de la Anorexia (Chinchilla, 2003). Es hasta el final de los ochentas que la bulimia se constituye como una patología unificada sin relacionársele con algún otro trastorno (Toro, 1996).

Este mismo autor refiere que las investigaciones de bulimia son menores que las de anorexia sin embargo ambas patologías tienen un denominador común: miedo a engordar, problemas con la imagen corporal y disposición a la pérdida de peso, asimismo advierte que esta transición entre vómitos por festejo y vómitos para no engordar tienen un componente histórico-social, que radica en el rechazo a la gordura y el anhelo de la esbeltez. El vómito se vio como una manera de conseguir esa esbeltez anhelada compensando lo que ingerían.

Así mismo otras conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación anómalas fueron surgiendo, en un inicio sin intención de controlar el peso, pero más adelante con ese fin.

2.3 OTRAS CONDUCTAS: DIETAS, EJERCICIO Y REMEDIOS MÁGICOS

Toro (1996) habla de otras conductas alimentarias anómalas que se han realizado a lo largo del tiempo. En la Edad Media se creía que la mujer tenía

que comer bocados pequeños y darle al hombre los más grandes ya que era él quien necesitaba más energía para trabajar. En el Renacimiento, la clase alta comenzó a practicar dietas para diferenciarse de los plebeyos, sin embargo, la delgadez no era considerada ideal.

En el siglo XIX tuvo lugar la época llamada <<Cristiandad Muscular>> la práctica del ejercicio en los gimnasios se agudizó, ya que la forma del cuerpo daba cuenta del amor a Dios (Yates, 1991, citado en Toro, 1996), una forma de orar era ejercitándose. Poco después se hizo uso de maquinas para adelgazar, de la iodina, dietas de inanición y ejercicio extenuante ya no con la idea de orar mediante el ejercicio, sino con el propósito de bajar de peso.

Fue hasta principios del siglo XX cuando la delgadez cobro importancia, se hicieron presentes las conductas de fumar, masticar tabaco y tomar vinagre con el fin de bajar de peso, además de que se usaba el corsé para aparentar una figura más estilizada (Toro, 1996).

Actualmente las dietas, vómitos, el uso de laxantes, diuréticos, enemas, el ejercicio extenuante y los productos para adelgazar son algunas de las formas que utilizan las personas para perder peso. Asimismo, la cirugía plástica ha sido utilizada para alcanzar el ideal corporal quitando lo que sobra y añadiendo lo que falta.

Es evidente que la alimentación y el cuerpo engloban un significado cultural y que en los Trastornos de la Conducta Alimentaria no solo están implicados aspectos biológicos, sino psicológicos, sociales y culturales (Toro, 2004). La historia de los ideales corporales nos brindará un panorama más amplio de la interacción de estos aspectos y del por qué de las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación.

2.4 HISTORIA DE LOS IDEALES CORPORALES

Toro (1996) hace una interesante recopilación de los ideales corporales a lo largo de la historia. De acuerdo con este autor, el ser humano se ha empeñado en cumplir con estos ideales a costa de lo que sea, desde agregando pesados

accesorios a su vestimenta hasta realizando conductas alimentarias anómalas. Hoy en día las personas han llegado a someterse a cirugías plásticas que ponen en riesgo su salud para así cumplir con el ideal corporal.

En la mayoría de pueblos antiguos las mujeres gordas, de caderas anchas, pechos abundantes y con órganos sexuales abultados por la grasa eran consideradas atractivas, más sexis y que tenían un estatus elevado, debido a que el alimento escaseaba (Toro, 1996; Toro, 2004). Asimismo, la mujer gorda era considerada buena para tener, criar y alimentar a sus hijos, lo cual aseguraba supervivencia para su comunidad (Gorab & Iñarritú 2005). Este ideal corporal era representado por las figurillas prehistóricas llamadas Venus caracterizadas por exaltar cuerpos voluminosos, simbolizaban la capacidad del varón para proveer a la mujer de alimento, incluso en exceso (Toro, 2004).

La delgadez era signo de infertilidad, pobreza, hambre, incluso se pensaba que las mujeres delgadas estaban más cerca de la muerte (Noordenbos, 1991, citado en Toro 1996). Sin embargo, en algunos pueblos como los *massais*, la delgadez también era idealizada, lo que llevaba a sus mujeres a someterse a dietas estrictas, ya que para ellos el sobrepeso ocultaba la belleza femenina.

Los romanos tenían predilección por el cuerpo delgado, sin embargo, eran los que degustaban mas platillos en los banquetes, controlando su peso con el vómito (Toro, 1996). La mujer era muy valorada ejerciendo su rol de madre, por lo que, aunque el ideal era ser delgada si subían de peso dada su condición de madres la gordura pasaba a segundo término.

En la Edad Media el cuerpo de la mujer seguía siendo similar al de épocas anteriores, se exaltaba el vientre como símbolo de fertilidad. Esta preferencia por el cuerpo grueso se intensificó y siguió hasta el siglo XVIII e incluso se usaban aditamentos para exaltar el volumen de su cadera, usando almohadillas y tres enaguas debajo de la túnica. La vestimenta no hacía diferencias entre hombres y mujeres, solo cumplía el propósito principal: proteger el cuerpo (Toro, 1996).

El ideal corporal de esta época quedó ilustrado en la pintura. Gorab e Iñarrítú (2005) consideran que el cuerpo de la mujer del siglo XVII está ilustrado en la pintura *La educación de Marie de Médicis* de Peter Paul Rubens y en el siglo XVIII en la pintura *Muchacha leyendo* y *Muchachas en el baño* de Jean-Honoré Fragonard.

Durante el Renacimiento la mujer ideal sigue teniendo un cuerpo que en la actualidad sería clasificado con sobrepeso, sin embargo, era considerado sano y preferido por los hombres. Este ideal lo podemos apreciar en la pintura de Sandro Botticelli titulada *la Primavera*. En el caso de los hombres el ideal varonil se aprecia en el *David* de Miguel Ángel (Gorab & Iñarrítú, 2005).

En esta época para exaltar el sobrepeso, se utilizó el *miriñaque* unos aros de hierro flexible o madera sujetos a la falda con el fin de darle volumen a las caderas. Esta prenda sustituyó a las múltiples enaguas que eran utilizadas anteriormente. Su uso se extendió por todas las clases sociales. El escote en la vestimenta de la mujer se amplía y comienza la coquetería, Toro (1996) refiere que el cuerpo comienza a ser más visto por la sociedad, anteriormente la vestimenta cubría todo el cuerpo.

Tras la Revolución Francesa hace su aparición el *corsé*, además de que se exalta el pecho de las mujeres, hacían uso de postizos para alzar y dar volumen. En Inglaterra se ponen de moda los <<vientres postizos>> unas almohadillas que las mujeres se colocaban debajo de la cintura.

Hasta este momento el cuerpo era considerado genérico, tanto hombres como mujeres tenían las mismas partes pero en otro orden. Poco después y por los estudios de la época se hizo la diferenciación entre hombres y mujeres. Se enfatizó el estatus mediante la alimentación, en la clase alta comenzó a hacerse presente la importancia de la dieta y las reglas estéticas diferenciando al burgués del plebeyo por lo que tener un paladar refinado hablaba de una clase social alta.

Dada esta nueva forma de alimentarse vino un cambio en la imagen corporal, la figura delgada comenzó a ser anhelada, la cual denotaba haber cumplido las normas establecidas. Asimismo, era importante para las personas mostrar la silueta natural de su cuerpo, evitando cualquier prenda que evitara apreciar su silueta (Toro, 1996).

A principios del siglo XIX, la mujer conserva sus curvas, pechos voluminosos, vientre abultado y caderas anchas, esto se puede ver en pinturas como *la maja desnuda* de Francisco Goya y *el baño turco* de Jean Ingres. (Gorab & Iñarrítú, 2005).

Alrededor de 1820 la moda que imperaba se caracterizó por faldas estrechas y muy largas remarcando la cintura y exaltando las caderas lo conocido como "talle de avispa", resurge del corsé ayudando a las chicas cuya cintura no estaba marcada.

En esta época parece haber un retroceso, ya que regresan las múltiples prendas: pantalones largos, tres enaguas de franela, medias, una falda a la rodilla, enaguas almidonadas y finalmente la falda larga que cubriera los tobillos, por lo que reaparece el miriñaque en sustitución de tales prendas. Esta vestimenta impedía moverse por lo que la realeza se opone al uso de este vestuario, y poco a poco llegan a una vestimenta que mostraba la silueta del cuerpo tal como era, sin embargo, dura poco, porque llega la llamada época Victoriana en donde se originan ideas morales respecto al cuerpo y a la sexualidad, por lo que el *polison* abulta las faldas nuevamente con el fin de ocultar las curvas.

A finales del siglo XIX y principios del XX se hace presente el *boom* de la comunicación, toman especial atención la prensa y revistas ilustradas por lo que la información de lo que estaba sucediendo incluyendo valores, ideales, formas de vestir son transmitidos fácilmente.

A principios del siglo XX, la delgadez como hoy la conocemos no era considerada como atractiva, Crispo, Figueroa y Guelar, (1998) aseguran que

en una revista se ofrecía una cerveza que ayudaba a las mujeres a *“acumular sólida y saludable grasa”* cuyo eslogan deja claro el ideal corporal: “Ya no hay necesidad de seguir siendo delgada, toma la cerveza xx con malta”. El vestuario a principios de esta época se caracterizó por faldas largas en forma de paraguas cerrado, después recortaron un poco la falda llegando al empeine.

El modo de vida destacaba la importancia de la familia para crear personas de bien, esto involucraba inculcar las normas morales como verdad universal sin que fueran cuestionadas. El alimento comienza a ser utilizado como recompensa y castigo: si te comes todo te compro un helado, si te portas mal te vas a la cama sin cenar. El punto de encuentro de la familia era el comedor. La mujer seguía siendo considerada fábrica de bebés además de cuidadora, lo cual era incuestionable puesto que las investigaciones de la época lo confirmaban. Los médicos eran los responsables de mantener esta idea en la mujer transmitiéndole las reglas morales, además de que se le hacía creer que era frágil y su sistema digestivo era normal que fallara.

La manera en la que las personas de esta época arreglaban sus problemas era haciéndose los enfermos, por lo que la imagen de la mujer desmayadiza, enfermiza, frágil, delgada y sin apetito se difundió llegando a tomar arroz para parecer más pálidas, incluso había ciertos alimentos que las muchachitas de esa época no debían comer porque podía incitarlas a pecar, como el café, el chocolate, el pan, la carne entre otros (Brumberger, 1988, citado en Toro, 1996).

La feminidad se asociaba al rechazo de lo carnal ya que era signo de estar limpia por dentro. Pronto los ideales corporales aparecieron, en el caso de las mujeres las protagonistas fueron Santa Catalina y Elizabeth de Austria <<Sisí>>, su capacidad para vencer sus deseos y entregarse a Dios eran admirables, en el caso de los hombres Lord Byron y Kafka, ayunaban para despejar la mente, evitaban la carne y consideraba que la gordura era lo peor de la humanidad.

Después de la Primera Guerra Mundial se acepta la falda corta por comodidad, debido al constante movimiento, ya que la vida se agilizó. La exaltación del pecho, caderas y cintura fueron desapareciendo aplanando su silueta de manera que tanto hombres como mujeres tenían la misma silueta. Las medidas de las ganadoras de Miss América de los años veinte eran 81 de pecho, 63 de cintura y 89 de cadera.

Este ideal puede verse en la pintura al óleo *Las señoritas de Avignon* pintado por Picasso (Gorab & Iñarrítu, 2005), esta vez el vientre aplanado formaba una línea recta que hacía semejanza con el cuerpo del hombre. Toro (1996) comenta que quizás este empeño de la mujer por asemejarse al cuerpo del hombre se debía a la esperanza de igualdad entre géneros.

En la prensa aparecieron artículos dedicados a la moda y al cuidado del cuerpo. La apariencia flapper caracterizada por mostrar un pecho inexistente hace que muchas chicas se venden el busto, se inician las dietas restrictivas y el ejercicio extenuante, asimismo, la mujer incursiona en los deportes (Toro 2004). La aparición de la fotografía hace más explícito el cuerpo ideal, nace la revista *Vogue* encargada de la propagación de la moda Americana. Sin embargo, el cine fue lo que más contribuyó con este ideal estético, ya no solo era una imagen, sino personajes con características definidas y que actuaban en consecuencia. Las mujeres presentadas eran "pequeñitas, rubias, muy delgaditas, con ojos grandes, de muñeca", los hombres eran, "afeitados, ingenuos, atléticos, deportivos, tal vez algo desmarañados" (Morales, 1947, citado en Toro, 1996). Tomando en cuenta el tiempo que las personas pasaban viéndolos creó una especie de idealización y enamoramiento, al extremo de querer imitarlos. Rodolfo Valentino y Greta Garbo fueron quienes protagonizaron estos ideales. Marlene Dietrich introduce el uso de los pantalones a la vestimenta de las mujeres. Es en este tiempo se comienza a aceptar la exhibición de ciertas partes del cuerpo, motivado por el espíritu playero.

En siglos pasados bañarse en la playa era dictado solo por los médicos, ahora simplemente estaba de moda, lo cual hizo que aparecieran los trajes de baño,

el pantalón llegó a los muslos acompañado de un corpiño. El cuerpo debía adaptarse, por lo que la alimentación fue utilizada para cumplir con el ideal corporal.

Terminada la Segunda Guerra Mundial el ideal corporal lo representó Marilyn Monroe caracterizado por: curvas exaltadas, pechos abundantes y caderas amplias, sin embargo, este ideal duro poco y retronó el ideal delgado (Toro 2004). Los bikinis se hicieron más pequeños llegando al *top less*, el turismo apareció y creció exponencialmente, ahora el bronceado marcaba las diferencias sociales. La modelo británica Twiggy representaba el ideal de belleza en los sesentas (Toro 2004). En los ochentas las mujeres con sobrepeso desaparecieron de las revistas (Snow y Harris, 1986, citado en Toro, 2004).

Se hicieron populares los concursos de belleza en los cuales la prueba que definía a la ganadora era la del bikini ya que se mostraba el cuerpo tal como es, sin trucos. Las mujeres presentadas en los medios se hicieron cada vez más delgadas (Toro 2004). El ideal de mujer quedó plasmado en estos concursos, anteriormente se pedía que las participantes no hubieran recurrido a la cirugía estética, sin embargo, hoy se acepta.

Como se puede observar, el cuerpo de la mujer es el más documentado, dada la importancia que se le ha asignado a la apariencia dentro del rol de la mujer. El cuerpo ideal del hombre ha sido constante a través de las diferentes épocas, caracterizado por aparentar fortaleza. Los griegos exaltaron la belleza del hombre, no solo en apariencia sino resaltando la bondad de su alma. El ejercicio era más practicado por los hombres, ya que son ellos quienes debían ser fuertes. Los modelos masculinos presentados en la revista *Playgirl* se fueron haciendo más musculosos (Leit et al., 2001, citado en Toro, 2004). Algunos autores (Pope, Olivardia, Gruber & Borowiecki, 1999; Harvey & Robinson, 2003; Timothy, Cariston, Wood & Wyatt, 2007; Labre, 2002) al observar el cuerpo de los muñecos de acción, aseguran que la masa muscular en el hombre se ha ido acentuando.

Actualmente, los investigadores están interesados en la forma en la que los TCA pueden prevenirse y como pueden ser detectados desde las primeras etapas en las que se presentan. Por lo que el saber detectar las conductas y actitudes anómalas que las personas tengan hacia el peso y la alimentación es imprescindible para la intervención, ya que si no son tratadas es posible que evolucionen hacia un trastorno alimentario.

2.5 DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Las conductas alimentarias de riesgo son las condiciones, estímulos, conductas, actitudes, características personales y del entorno que contribuyen al malestar del individuo incrementando la probabilidad de desarrollar un TCA (Mancilla & Gómez-Peresmitré, 2006). Cabe destacar que estas conductas se diferencian de los TCA ya que estos últimos constituyen un síndrome y las conductas alimentarias de riesgo son solo síntomas. Por ejemplo una persona que se encuentre haciendo dietas de forma regular, que tema subir de peso y que guste de leer revistas de moda, estaría teniendo conductas alimentarias de riesgo que si no son atendidas a tiempo podrían conformar un TCA como tal.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son pautas riesgosas en el comportamiento alimentario en los cuales se controla la ingestión con el fin de perder peso, sino se recibe un tratamiento adecuado a la larga se puede llegar a la muerte. En la actualidad, el DSM-IV-TR (2002) incluye dentro de estos trastornos la Anorexia (AN), la Bulimia (BN) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados (TCANES) en los cuales se incluye el trastorno por atracón o trastorno por comer compulsivo. A continuación se presenta cada uno de estos padecimientos.

2.5.1 ANOREXIA NERVIOSA

La Anorexia Nerviosa se puede definir como un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por “el rechazo a mantener un peso mínimo normal” evitando o reduciendo la ingestión de alimentos que son considerados “engordantes” (DSM-IV-TR, 2002, p. 653).

2.5.1.1 Criterios para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa

Para que una persona sea diagnosticada con Anorexia Nerviosa debe presentar los siguientes síntomas:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. Amenorrea de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Después debe especificarse el tipo de Anorexia:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Bajo estos criterios es evidente que un hombre no podría ser diagnosticado con Anorexia puesto que no tiene ciclo menstrual.

2.5.2 BULIMIA NERVIOSA

La Bulimia nerviosa se caracteriza por episodios en los que se ingieren grandes cantidades de alimento sin control que finalizan con alguna conducta compensatoria como el vómito, el uso de laxantes o el ejercicio excesivo.

2.5.2.1 Criterios para el diagnóstico de Bulimia nerviosa

Al igual que en la anorexia, una persona que cumpla con los siguientes síntomas, se dice que padece de Bulimia Nerviosa.

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (Por ejemplo 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Después debe especificarse el tipo de Bulimia que presenta el paciente.

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Es importante mencionar que en la Bulimia Nerviosa no son indispensables los vómitos. La mayoría de las personas suele asociar la Bulimia con los vómitos, sin embargo, no se considera la práctica de ayunos ni el ejercicio intenso como algo indispensable para tener Bulimia.

2.5.3 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECÍFICADOS (TCANE)

En esta categoría se encuentran los Trastornos de la Conducta Alimentaria que no cumplen los criterios expuesto anteriormente, al pie de la letra pero que siguen siendo síndromes que ponen en riesgo la salud del individuo.

A. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

B. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

C. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

D. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.

E. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

F. Trastorno por atracón (mejor conocido como Binge-eating): se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nerviosa.

G. Fobia a la mayoría de los alimentos y/o conducta de vómitos sin miedo intenso a aumentar de peso.

La investigación de los TCA en varones es un campo relativamente nuevo, por lo que no se sabe mucho acerca de cómo se manifiestan en estos. A continuación se presenta una revisión con los resultados de las investigaciones más relevantes al respecto.

2.6 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN HOMBRES

Los trastornos de la conducta alimentaria en hombres han sido poco estudiados ya que se pensaba que estos trastornos eran propios de mujeres, debido a que la incidencia en varones era casi inexistente. Los síntomas en los hombres no son claros, además de que existe la creencia de que los hombres no pueden padecer un TCA, por lo que los profesionales de salud y los mismos pacientes no son capaces de reconocer estos padecimientos.

Los criterios diagnósticos estaban basados en la conducta alimentaria de mujeres, tal es el caso del criterio de amenorrea en la Anorexia, debido a este indicador, ningún hombre podía ser diagnosticado con esta patología por lo que solo podía ser bulímico o tener un TCANE. Hoy en día, los hombres son diagnosticados en mayor medida con Bulimia o con un Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificados (Woodside et al., 2001, citado en Mancilla & Gómez-Peresmitré, 2006). Anteriormente los hombres eran diagnosticados con otras patologías, como Trastorno Obsesivo Compulsivo, depresión, desórdenes afectivos, abuso de sustancias, esquizofrenia u otro desorden psicótico (Carlat, Camargo & Herzog, 1997; Striegel-Moore, Garvin, Dolman & Rosenheck, 1999, citado en Harvey & Robinson, 2003).

A lo largo de la historia, el cuerpo del hombre ha mostrado un cuerpo fuerte y musculoso, en la época actual se ha ido exaltado más la masa muscular (Toro, 2009), gracias a los medios masivos de comunicación que han sido los encargados de transmitir la imagen de un hombre musculoso como símbolo de éxito en la vida. La imagen corporal ideal del hombre se caracteriza por una musculatura en forma de V: brazos, hombros y pecho bien desarrollados y cintura pequeña (Harvey & Robinson, 2003; Labre, 2002; McCabe & Ricciardelli, 2004; Toro 2009). Este aumento de masa muscular se puede observar en los muñecos de acción tales como Superman, Spiderman y Batman quienes lucen más musculosos hoy que en sus versiones anteriores (Pope et al, 1999; Harvey & Robinson, 2003; Timothy et al., 2007; Labre, 2002) lo cual puede influir en las razones por las cuales actualmente los niños de 5 y 6 años prefieren un tipo de cuerpo musculoso (Toro 2009), y que a su vez, puede estar relacionado con que muchos chicos se muestran motivados por alcanzar este ideal percibiéndose insatisfechos con su figura (McCabe & Ricciardelli 2004; Muise, Stein & Arbess, 2003; Harvey & Robinson, 2003; Ricciardelli et al., 2007), lo cual los lleva a mostrar baja autoestima, malestar general, síntomas depresivos y menor fortaleza psicológica (McCabe & Ricciardelli, 2004; Toro, 2009).

Ésta insatisfacción corporal ha ocasionado que los varones se hayan obsesionado con el ejercicio excesivo llevándolos al grado de percibir sus músculos más pequeños de lo que son, trastorno etiquetado como: Distrofia muscular (Olivardia, Pope & Hudson, 2000; Pope et al., 1999), Vigorexia Nerviosa o Anorexia Inversa (Harvey & Robinson, 2003; Labre, 2002). Los hombres con este trastorno van diariamente al gimnasio y pasan varias horas tratando de incrementar sus músculos que perciben erróneamente como delgados y pequeños, asegurándose de que su vida social, trabajo, citas y otras actividades no interfieran con el tiempo que pasan en el gimnasio ya que cuando están fuera de este sienten ansiedad y depresión (Eating Disorders Recovery Center, 2003, citado en Harvey & Robinson, 2003). Este trastorno no ha sido incluido en los manuales diagnósticos.

La obsesión por un cuerpo musculoso ha motivado a estas personas a complementar su ejercicio extremo con la práctica de dietas rigurosas, el uso de esteroides, anabólicos y/o suplementos alimenticios como la creatinina (Labre 2002; McCabe & Ricciardelli, 2004; Ricciardelli et al., 2007), los cuales les ayudan a aumentar su resistencia física y a incrementar la masa muscular.

Sin embargo, estos productos tienen efectos secundarios que perjudican su salud como acné, problemas del corazón, tumores e infertilidad (Harvey & Robinson, 2003; Labre, 2002; McCabe & Ricciardelli, 2004) daño hepático, hipertensión arterial, aumento del colesterol dañino, encogimiento de testículos, producción reducida de espermatozoides, calvicie, desarrollo de los senos y mayor riesgo de cáncer de próstata; en los adolescentes se ha observado cese precoz del crecimiento por madurez esquelética prematura y cambios acelerados en la pubertad. Asimismo, el uso de estos productos puede predisponer la aparición de una enfermedad psiquiátrica afectiva ya que se muestran episodios maníacos que los hacen ser más agresivos, se deprimen, tienen dificultades para decidir, muestran celos paranoicos, irritabilidad extrema y alteraciones en el juicio como resultado de sentirse invencibles (National Institute on Drug Abuse, 2009).

Las personas que padecen estos trastornos no piden ayuda en instituciones de salud mental, generalmente aparecen en los reportes de cirugías plásticas. Las más comunes en los hombres que padecen estos trastornos son el implante de pectorales, la liposucción en el abdomen y nalgas, así, como la reconstrucción en la nariz e implantes de cabello (Harvey & Robinson, 2003).

Las inscripciones a gimnasios y clubes (International Health, Racket and Sportclub Association, 2001, citado en Harvey & Robinson, 2003), la compra de equipo para hacer ejercicio en casa, artículos de arreglo personal para hombres y trasplantes capilares han aumentado (McDonall, 2002, citado en Harvey & Robinson, 2003).

La mayor preocupación de los hombres en cuanto a su cuerpo radica en no tener la masa muscular suficiente en sus brazos y pecho (McCabe & Ricciardelli

2004; Harvey & Robinson, 2003; Labre, 2002; Ricciadelli et al., 2007). En un estudio que se realizó en Veracruz, se observó que casi la mitad de los usuarios de gimnasios les preocupaba su imagen muscular (Baile, Monroy & Garay, 2005).

Al igual que la mujer, el hombre se siente presionado por la sociedad para lograr tener un cuerpo musculoso (McCabe & Ricciardelli 2004; Vincent & McCabe, 2000), por lo que todo aquel que no se esfuerza por cumplir con este ideal puede sentirse vulnerable. De esta manera, en población hispana se ha observado que cada vez más los hombres llevan a cabo conductas para bajar de peso tales como, hacer dieta, tomar píldoras y recurrir a conductas compensatorias como el vómito (Ricciardell et al., 2007). Asimismo, se ha encontrado un incremento importante en conductas bulímicas (Muise, Debra, Stein & Arbess, 2003; Valdez, 2007; Villatoro et al., 2007; Gutiérrez et al., 2007). De acuerdo con el *American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders* (2000, citado en García-Camba, 2007) es posible que existan más hombres bulímicos que mujeres anoréxicas. De esta manera, se ha observado que los atracones son más frecuentes en hombres (Villatoro et al., 2007), sin embargo, es una conducta aceptada para estos (Muise et al., 2003) argumentando que el hombre necesita comer más dado que necesita fuerza para trabajar. Sin embargo, los atracones en las mujeres son reprobados.

Algunas de las diferencias de género observadas por Muise et al. (2003) en los TCA son que los hombres no se fijan en el peso pero si en la musculatura, en los atracones, ellos ingieren más cantidades de comida, además el nivel de perfeccionismo de los varones es más alto. Por lo que estos autores sugieren que para el diagnóstico de los TCA en varones las conductas anteriormente descritas deben ser consideradas. Además de las conductas de dieta, imagen corporal y conductas purgativas.

Por su parte, Gila, Castro, Cesena y Toro (2005) observaron que la anorexia en varones se caracteriza por sobrestimar algunas partes de su cuerpo, tienen actitudes anormales con su alimentación y se encuentran motivados para adelgazar.

Existen otros trastornos que aun siguen en investigación tales como la Ortorexia Nerviosa, caracterizada por la necesidad de consumir comida que creen saludable, este padecimiento parece tener una prevalencia de 3.6% y es más común en hombres que en mujeres (Bagci, Camur & Güler, 2007).

Estos trastornos, al ser considerados femeninos, incitaban a los médicos a cuestionar la orientación sexual de los hombres. Carlat et al. (1997) observaron que los chicos diagnosticados con Bulimia eran los que más expresaban problemas de identidad sexual a diferencia de los diagnosticados con anorexia o TCANE. Por su parte, Selvini et al. (1999) observaron que al preguntarles a los padres de los chicos que tenían problemas alimentarios las razones por las que ellos consideraban que sus hijos habían desarrollado una enfermedad considerada de mujeres, los padres admitían su deseo de que dicho hijo hubiese sido niña. Sin embargo, en varios estudios se ha observado mayor insatisfacción corporal en los chicos homosexuales que en los hombres heterosexuales (Harvey & Robinson, 2003; Lakkis, Ricciardelli & Williams, 1999; McCabe & Ricciardelli, 2004). Hay que considerar que en la comunidad gay es muy valorado el ser atractivos, delgados, musculosos y jóvenes, ya que sus relaciones están basadas en la apariencia y suelen durar poco por lo que estar atractivos es muy importante para conseguir pareja (Harvey & Robinson, 2003). Sin embargo, Genpeler (2006) hace hincapié en que no todos los chicos que padecen TCA son homosexuales.

El incremento de estos trastornos en hombres puede deberse al relativo cambio de roles, ya que quizá los hombres no se atrevían a aceptar que tenían estos trastornos por miedo a ser considerados afeminados o gays, sin embargo, los hombres comienzan a aceptar sus problemas alimentarios. Algo similar se observó con la depresión, los hombres que creían que era un padecimiento femenino, se negaban a pedir ayuda y se refugiaban en el alcohol, así eran tratados por alcoholismo y no por depresión (Fleiz et al., 2008).

La imagen de *súper hombre* está relacionada con masculinidad (McCabe & Ricciardelli, 2004) hace ver a los hombres más hombres (Pope, Phillips, Olivardia, 2000, citado en Labre, 2002). Además, como lo plantea Selvini et al. (1999) a los hombres se les ha asignado lo que llaman el mito de la fuerza en donde se establece que el control, la impasibilidad, y la tolerancia al dolor vienen de nacimiento. Sin embargo, dado el cambio de roles que se ha venido fraguando, los hombres tienen más desventajas, puesto que a la mujer se le suman roles, mientras al hombre se le restan pues, sienten que al aceptar sus problemáticas pierden estatus (Ricciardelli et al., 2004). Otros autores consideran que muchos individuos desarrollan algún problema alimentario para hacer frente a sus problemas emocionales y de identidad (Polivy & Herman, 2002; Wilson, 2004, citado en Ricciardell et al., 2007).

La investigación sobre los TCA en los varones es un campo que requiere más investigación, sin embargo, hay conductas importantes que deberían ser considerados en el diagnóstico de los TCA en hombres, como los atracones, la insatisfacción con la masa muscular, el ejercicio excesivo, los vómitos, la práctica de dietas, así como el uso de productos para bajar de peso y/o aumentar la masa muscular. Asimismo, deben ser considerados los hombres que buscan aumentar su masa muscular como una obsesión y los que quieren solo marcar sus músculos, evitando cuestionar su orientación sexual.

A continuación se presenta la epidemiología de los TCA en las mujeres y lo poco que se sabe de los varones, debido a que es en ellas en las que se hace la mayor investigación en el ámbito de estos trastornos.

2.7 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Las conductas alimentarias en riesgo, también llamadas síndromes parciales o síndrome subclínico, tienen una incidencia mayor en la población que los TCA ya instaurados (Mancilla & Gómez-Peresmitré, 2006; Unikel, Bojorquez, Villatoro & Fleiz, 2006). Incluso estos mismos autores sugieren que tales

conductas dañan la salud tanto como ser obeso, además de que la constancia en la práctica de estas conductas puede propiciar el desarrollo de un TCA.

En México, la incidencia en conductas alimentarias de riesgo (dietas, ayunos, ejercicio excesivo, uso de diuréticos, laxantes y vómito) reportadas por adolescentes hombres y mujeres que asistían a secundarias, preparatorias y escuelas técnicas en los años 1997, 2000 y 2003 han ido incrementado con el paso del tiempo, así, en el año de 1997, en las mujeres se encontró un porcentaje de 3.4% y para el año 2003 el porcentaje aumento a 9.6%, mientras que en los varones en 1997 se encontró un porcentaje de 1.3% y para el 2003 aumentó a 3.8%; en cuanto a la edad se observó un incremento de conductas alimentarias de riesgo en hombres de 12 a 13 años y en mujeres de 18 a 19 años (Unikel et al., 2006).

La encuesta de consumo de drogas en estudiantes mexicanos, en el apartado de trastornos de la alimentación reveló que los adolescentes de ambos sexos se encontraban preocupados por engordar, aunque se observó mayor proporción en mujeres (27.2%) que en hombres (13.5%), por su parte, los jóvenes varones realizan ejercicio excesivo con el fin de bajar de peso más frecuentemente (9.1%) que las mujeres (7.7%). Entre las diferencias en las conductas alimentarias de riesgo entre hombres y mujeres se encontró que las mujeres realizan en mayor medida dietas (6.3%) y los hombres presentan atracones con mayor frecuencia (7.2%) (Villatoro et al., 2007).

Parece que en la alimentación se siguen conservando ciertas conductas asignadas a mujeres y a hombres, las dietas para las chicas y los atracones para los chicos, tales conductas son fomentadas y reforzadas por la sociedad, sin embargo, de acuerdo con la encuesta de consumo de drogas, en el apartado de trastornos de la conducta alimentaria, se encontró que los hombres practican un mayor número de conductas alimentarias de riesgo que las mujeres (6 vs. 4): atracones, ejercicio excesivo, uso de pastillas para bajar de peso, diuréticos, uso de laxantes y enemas; mientras que las mujeres muestran mayor preocupación por engordar, vómitos, ayunos y dietas

(Villatoro et al., 2007). Aunque la diferencia no es muy grande, es importante considerar que las conductas alimentarias en riesgo en hombres cada vez son mayores, por ejemplo, los vómitos que antes tenían más presencia en mujeres, tuvieron una diferencia mínima entre hombres (3.5%) y mujeres (4.0%). Beltrán, Cornejo, Vizmanos, Hunnot y Unikel (2006) encontraron mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo en los chicos que en las chicas, dichos autores consideran que tales diferencias se deben a que los chicos suelen sentirse más culpables después de comer en exceso y por consumir hidratos de carbono que las chicas.

En México, las mujeres mostraron mayor porcentaje (8.1%) de un posible TCA que los hombres (4.1%), cabe resaltar que la proporción entre varones aumento, asimismo las conductas alimentaria en riesgo (Villatoro et al., 2007). Por lo que es posible que debido a que no se cuenta con criterios diagnósticos para hombres, el diagnostico en ellos estén fallando, puesto que no es congruente que estos presenten más conductas alimentarias de riesgo y sea menor la proporción de éstos al tener un trastorno definido.

En México el nivel escolar en el que más se presentan conductas y actitudes hacia la alimentación de riesgo es en la preparatoria, salvo el ejercicio excesivo y los atracones que tienen lugar desde la secundaria (Villatoro et al., 2007). Por lo que es posible que los hombres empiecen a una edad más corta que las mujeres ya que los atracones y el ejercicio intenso se observaron más en hombres.

Los trastornos de la conducta alimentaria comenzaron a manifestarse en las sociedades económicamente privilegiadas, sin embargo, ahora se ha observado que el nivel socioeconómico no es algo sirva para discriminar estos trastornos, es decir, los TCA aparecen en todos los niveles socioeconómicos (Pérez, Vega & Romero, 2007; Unikel et al., 2006; Unikel, Bojorquez & Carreño, 2004) lo cual quizá se deba a que la delgadez se ve como una forma de alcanzar el éxito y tanto ricos como pobres quieren alcanzar dicho ideal, incluso en los estados prioritariamente rurales de México tales como Michoacán en los que se

esperaría que los índices de conductas alimentarias en riesgo fueran más bajos que en una población urbana se han encontrado mayores índices de conductas en riesgo que en el Distrito Federal (Unikel et al., 2004). Tales resultados son contrario a los encontrados por Van, Van, Bartelds, Van y Hoek (2006) quienes proponen que estos trastornos se presentan más en zonas urbanas que rurales. Sin embargo, incluso se ha observado que en algunas zonas rurales de México comienza la preocupación por el cuerpo, por ejemplo, en una comunidad del estado de Morelos se observo que las mujeres se mostraron insatisfechas con sus cuerpos y llevan a cabo conductas como el consumo de alimentos light, toman té milagrosos y hacen ejercicio para bajar de peso (Pérez et al., 2007).

Estos datos muestran un aumento en las conductas alimentarias de riesgo para un TCA tanto en mujeres como en hombres, pero ¿qué pasa con los Trastornos de la Conducta Alimentaria diagnosticados?

La incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria es mayor en mujeres que en varones, aproximadamente entre el 90 y 95% de los casos son mujeres (Unikel et al., 2002; Zandian, Ioakimidis, Bergh & Södersten, 2007), por su parte, de acuerdo con el manual diagnóstico de enfermedades mentales IV-TR (DSM IV TR, 2002), estudios epidemiológicos sobre los TCA (Hoek, 2006) y en el Instituto Nacional de Salud (Insalud, 2005) la prevalencia de la Anorexia Nerviosa (AN) en la población adolescente se ubica entre 0.5 y 1%, de Bulimia Nerviosa (BN) entre 1 y 3% y de los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANES) el 3%, mientras que, la prevalencia en los varones es de uno a nueve respecto a las mujeres (Peláez, Labrador & Raich, 2005).

En las mujeres, las edades en las que más se reportan estos trastornos son de 12 a 18 años para la Anorexia Nerviosa y entre los 16 y 25 años suele presentarse la Bulimia Nerviosa (INSALUD, 2005), mientras que en los hombres se ha observado que de 13 a 14 años es el periodo de edad en los

cuales se presentan con mayor frecuencia estos trastornos (De la Serna Pedro, 2001).

En México, a pesar de que se han realizado varias investigaciones, hasta la fecha no existen estudios con muestras representativas de población mexicana (Unikel et al., 2002), sin embargo, se encontró que en 1995 la prevalencia de Bulimia Nerviosa y de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados en mujeres jóvenes fueron de 0.14 y 0.35 % respectivamente, mientras que en el 2001 fue de 0.24 y 0.91%, en ambas mediciones no se encontraron casos de Anorexia Nerviosa (Mancilla & Gómez-Peresmitré, 2006) lo que muestra un evidente incremento, al menos en estos dos trastornos.

A nivel secundaria en el Distrito Federal según los datos de los Servicios educativos publicados en el 2005 de aproximadamente 407 mil alumnas entre 12 y 15 años, 61, 050 padecen de estos trastornos (Sánchez, 2005, citado en Silva, 2006)

Algunos autores (Méndez, Vázquez & García, 2008; Unikel et al., 2004) consideran a los TCA como padecimientos crónicos ya que algunos de los síntomas no desaparecen totalmente y las tasas de recaída son altas. Además de que los TCA dejan secuelas imborrables y grandes padecimientos a las personas que desarrollan un TCA (Toro, 2009) como problemas de osteoporosis que pueden causar fracturas, frecuencia cardiaca anormal, deshidratación severa, debilidad, sequedad, pérdida del cabello, ruptura gástrica, caries (Insalud, 2005; National Eating Disorder Association, 2006). Y durante el embarazo han mostrado tasas altas de abortos, bajo peso en el producto, complicaciones durante el parto y depresión posparto (Lenz, dos Santos y Piao, 2009; Franco et al., 2001).

Las consecuencias psicológicas según García-Camba (2007) son alteraciones cognitivas como generalizaciones excesivas, magnificación de las consecuencias, pensamientos dicotómicos, pensamientos supersticiosos y sentimiento de ineficacia; entre los aspectos psicopatológicos se pueden

mencionar alteración de la corporalidad, trastornos de ansiedad fóbicos, rasgos obsesivos compulsivos, trastornos afectivos en especial depresivos, falta de conciencia de la enfermedad, tendencia a la manipulación del entorno, conducta de engaño, aislamiento social, incidencia alta de suicidio y conductas auto-agresivas.

Insalud (2005) considera que la cura de los TCA se da en por lo menos 4 años ya que tiene una morbimortalidad importante y "en estudios de seguimiento a largo plazo se ha encontrado una mortalidad de hasta 20% en Anorexia Nerviosa a los veinte años y de 5% a los cinco años en la bulimia Nerviosa con una cronificación del 20 al 25% en los mismos periodos" (INSALUD, 2005, p.3). No obstante, la recuperación es posible si el paciente acepta comer, por otra parte, las autopsias no revelan patologías orgánicas claramente asociadas con el problema (Bemporard, 1996; Ziolkko, 1996, citado en Silva, 2006) por lo que resulta indispensable interpretarlos con formulaciones psicológicas.

Silva (2006) considera que los TCA son padecimientos difíciles de identificar ya que las personas no le prestan atención a los síntomas por falta de conciencia en las consecuencias, por ignorancia, pena de exponer su padecimiento o falta del deseo real por mejorar, ya que implica subir de peso y generalmente cuando se pide ayuda las consecuencias han dejado estragos en el estado de salud a nivel físico y psicológico.

La investigación de las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación de riesgo es de vital importancia ya que una mejor comprensión de estos trastornos y de la etiología de los mismos ayudará a la detención temprana de estas conductas y a trabajar con las personas en las primeras etapas de desarrollo de la enfermedad sin tener que llegar a que la aparición del trastorno, cuando las consecuencias son irreversibles. A continuación se presentan algunos de los hallazgos en la etiología de estos trastornos.

2.8 ETIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Es evidente que la incidencia en estos trastornos es cada vez mayor, las consecuencias y tasas de recaída son altas, sin embargo, los TCA son entidades multicausales, no se pueden explicar con un solo factor, en una dirección simple e incluso estos factores son diferentes a lo largo de la enfermedad.

Al tratar de explicar cómo es que estos trastornos se desarrollan se ha observado que están implicados factores socioculturales, familiares, genéticos, neuropsicológicos y endocrinos entre otros. Los modelos explicativos que integran a la mayoría de estos factores son los biopsicosociales, los cuales involucran componentes predisponentes, precipitantes y perpetuadores que impactan en cada persona de manera diferente y que están asociados al desarrollo y mantenimiento de los TCA. Los factores predisponentes son los que combinados hacen más probable la aparición de algún trastorno y se dividen en individuales, psicosociales y socioculturales. Por su parte, los factores precipitantes son los hechos desencadenantes que marcan el inicio del trastorno, son de carácter observable y regularmente son factores estresores externos. Finalmente, los factores mantenedores o perpetuadores son los que sin importar las características individuales y psicosociales de la persona ayudan a que el trastorno avance hacia la cronicidad (Unikel & Gómez, 2004). De esta manera, Crispo et al., (1998) explican que una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un TCA cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales, sobreviene un evento estresante que precipita la aparición del trastorno, las prácticas alimentarias riesgosas se hacen más comunes y se conjugan con otras generando efectos fisiológicos y emocionales.

En la siguiente tabla se muestran algunos ejemplos de los factores asociados a los TCA que son comunes para varones y mujeres (Unikel & Gómez, 2004; De la Serna, 2001, Insalud, 2005).

Factores causantes de los TCA		
Predisponentes	Precipitantes	Perpetuadores
Individuales Rasgos esquizoides Maltrato físico Abuso sexual Familiares Dificultad en la resolución de conflictos Culturales Búsqueda de delgadez Roles de mujer Sobrepeso Perfeccionismo Miedo a la maduración Malos hábitos Poca comunicación Sobreprotección Estigmatización de la obesidad Ideales de delgadez Profesiones y deportes	Separación/Perdida Rupturas familiares Aumento de las demandas en el medio Baja autoestima Enfermedades somáticas Dietas Pubertad Cambios en el estado de ánimo Ejercicio excesivo Valoración negativa del propio cuerpo Insatisfacción personal Situación personal estresante Anorexia nerviosa previa (en el caso de la BN)	Vómitos Alteración de la percepción Distorsiones cognitivas Cormobilidad (que ya hayan padecido otra enfermedad psiquiátrica) Dietas Valoración negativa de la imagen corporal Presión social Reparación de situaciones estresantes En Anorexia nerviosa: Complicaciones en la desnutrición Aislamiento social Miedos: comida, peso, figura, alimentos. Bulimia nerviosa: Ciclo atracón-purga Reparación de la ansiedad. Otras conductas anómalas (abuso de sustancias, autolesiones)

De acuerdo con De la Serna (2001), algunos de estos factores tienen mayor influencia en las mujeres tales como las dietas, los factores socioculturales relacionados con la delgadez y el rol femenino, mismos que están presentes no solo en el medio social, sino también en el familiar, laboral y biológico.

A continuación se presentan los factores que han tenido mayor impacto en la instauración de los TCA.

La **adolescencia** parece ser un periodo crítico para la instauración de estos trastornos, durante ésta etapa se presentan cambios físicos y psicológicos que pueden generar insatisfacción corporal (Unikel et al., 2002; Hermes & Keel,

2003, citado en Toro, 2009). Sin embargo, Steinhausen (1994) y Pryor y Widerman (1998, citado en Silva, 2006) sugieren que aparte de estos cambios físicos, la necesidad de cumplir las demandas socioculturales juegan un papel importante dentro de la génesis de estos trastornos, ya que si el ideal no fuera la delgadez no importarían los cambios físicos. Toro (2004) sugiere que en la adolescencia se instauran algunas conductas y creencias hacia el peso y la alimentación que se manifiestan instantáneamente y algunas otras se presentarían en etapas posteriores.

Por otro lado, la **imagen corporal** parece resultar muy importante en la aparición y el mantenimiento de estos trastornos. Varios autores (Toro, 2009; Unikel et al., 2006) han explicado el inicio de estos trastornos debido a que las personas se sienten inconformes con su cuerpo. Actualmente, se espera que la mujer sea delgada y el hombre musculoso, sin importar que tan saludables y reales sean estos cuerpos. Por ejemplo, Harvey y Robinson (2003) consideran que el ideal de hombre propuesto en los medios de comunicación requiere de años haciendo pesas, una dieta estricta y el uso de esteroides, mientras que para que las mujeres alcancen el ideal de delgadez, se requieren años de dietas restrictivas, vómitos, laxantes, ejercicios extenuantes y constantes cirugías plásticas. En la actualidad la mayoría de los adolescentes, en especial las mujeres se sienten insatisfechas con su figura. Las partes del cuerpo con las que se sienten más insatisfechas las chicas y desean reducir son su abdomen, caderas, nalgas y muslos, expresando deseo de tener más pecho (Toro, 2009) hecho que se confirmó en un estado de México (Beltrán et al., 2006). Mientras que los hombres suelen sentirse inconformes con la masa muscular en brazos y pecho (McCabe & Ricciardelli 2004; Harvey & Robinson, 2003; Ricciardelli et al., 2007). La insatisfacción corporal es uno de los predictores más eficaces de conductas alimentarias anómalas tanto en población clínica como no clínica (Davis, 1997, citado en Toro, 2004). Incluso mujeres (Lora & Saucedo, 2006) y hombres adultos (Ricciardelli, et al., 2007) también se sienten insatisfechos con sus cuerpos, por lo que es posible que esta insatisfacción sea transmitida a sus hijos fomentando la insatisfacción corporal.

El **ser mujer** se considera un factor de riesgo importante debido a la gran cantidad de mujeres que padecen estos trastornos, esto puede estar asociado al hecho de que en la sociedad la mujer es valorada en función de su cuerpo, además, se le da más importancia a la apariencia física de la mujer que a la del hombre. De esta manera, la mujer debe ser sexualmente atractiva para poder ser vista como un símbolo de éxito, ya que, solo siendo delgada y atractiva tendrá el derecho de ejercer poder (Ballester & Guirado, 2004, citado en Guirado & Ballester, 2005; Unikel et al., 2002; De la serna, 2004). Un cuerpo delgado no solo es más atractivo sino que se considera más femenino (Huon, 1996, citado en Unikel et al., 2002) además de que tiene más posibilidades laborales de ser contratado o ascendido que un cuerpo obeso (Dickerson, 2009).

También se ha observado que algunos hombres **homosexuales** comenzaron a presentar TCA y que estos muestran mayor insatisfacción corporal que los hombres heterosexuales (Harvey & Robinson, 2003; Lakkis et al., 1999; McCabe & Ricciardelli, 2004), por lo que señalan que el jugar un rol femenino los pone en el mismo riesgo que a las mujeres. Hay que considerar que en la comunidad gay es muy valorada la perfección, el ser atractivos, delgados, musculosos y jóvenes, además de que sus relaciones están basadas en la apariencia y suelen durar poco, por lo que estar atractivos es muy importante para conseguir pareja (Harvey & Robinson, 2003), sin embargo, hay autores que señalan que los TCA en los hombres es una forma de no saber cómo sentir, expresar y comunicar sus emociones relacionadas a su sexualidad (De la serna 1998, citado en de la Serna, 2002). También, se ha observado que el ser homosexual no es una condición determinante para que un hombre desarrolle algún problema de la alimentación, así puede haber chicos que siendo heterosexuales manifiesten problemas alimentarios (Genpeler, 2006; McCabe & Ricciardelli 2004).

La relación entre la **personalidad** y los TCA nace al observar que la relación paciente-terapeuta era caracterizada por la total dependencia al terapeuta o las chicas se mostraban poco interesadas en esta (Selvini et al., 1999). Esta

misma autora, menciona en 1963 (citado en Selvini et al., 1999) que el componente principal de las chicas con problemas alimentarios es que sienten un defecto en sí mismas y esta es la base de los cuatro tipos de personalidad que sugiere: dependiente, borderline, obsesivo-compulsiva y narcisista. Más adelante Crispo et al., (1998) proponen cinco factores de la personalidad determinantes en la instauración de estos trastornos: problemas de autonomía, baja auto estima, perfección, autocontrol y miedo a madurar. Actualmente Toro, (2009) distingue rasgos obsesivos, histéricos e impulsivos en las chicas con TCA, y menciona que el neurotisismo y la baja autoestima propician la aparición de estos trastornos (Toro, 2009). En México, Silva (2001) observo que la ansiedad, depresión, conductas rígidas, tendencia a la somatización y uso exacerbado de la fantasía era predominante en pacientes anoréxicas y bulímicas. Esta misma autora nota que las chicas con TCA tienen puntuaciones altas en la escala de género, sugiriendo un desajuste en su rol sexual, quizá no les gusta desempeñar el rol asignado por la sociedad. Finalmente González (2009) acertadamente menciona que aunque existan personas con estos rasgos de personalidad, no significa que tengan estos trastornos, sin embargo las predispone para desarrollarlo.

La realización de alguna **actividad que involucren exigencia y competitividad**, en donde el peso o la forma del cuerpo jueguen un papel indispensable para el desempeño de estos pone en riesgo a la persona para desarrollar un TCA, por ejemplo, deportes de resistencia como la danza, gimnasia, patinaje, o incluso algunas profesiones como el modelaje, actuación, canto, en los cuales se suma la presión del entrenador o del manager por tener un cuerpo delgado (Márquez, 2008; Toro, 2009; Unikel & Gómez-Perezmitré, 2004).

De todos estos factores mencionados, existen modelos explicativos en los cuales se integran y relacionan estos factores con el fin de entender cómo es que aparecen y se desarrollan los TCA. Por ejemplo Toro (2004), menciona dos modelos que estudian la interrelación de estos factores, el primero es el de Huon y Strong (1998, citado en Toro, 2004) quienes explican que cuanto más elevados sean los niveles de influencia social (familia y pares) es más probable

que se practiquen dietas restrictivas, mientras que el siguiente modelo, de Fryer et al. (1997, citado en Toro, 2004) sugiere que la presencia de eventos estresantes, más un enfrentamiento de índice emocional, dan lugar a la baja autoestima lo que conduce al desarrollo de actitudes y conductas alimentarias irregulares.

Toro (2004) finalmente concluye que los factores altamente involucrados para que las chicas muestren agrado por este ideal corporal son la familia, el grupo de amigas y los medios de comunicación principalmente.

- La familia incide de dos formas, por las bromas, críticas o desaprobaciones en cuanto a la forma de su cuerpo, peso o a la manera de alimentarse (Crispo et al., 1998) y por las madres muy preocupadas por su propio aspecto llevando a cabo conductas alimentarias riesgosas pueden transmitir esto a sus hijas e incluso desde la infancia no haberlas alimentado bien. Para los hombres las críticas de sus padres hacia su cuerpo les afectan pero no tanto como a las chicas (Levinson et al., 1996, citado en McCabe & Ricciardelli, 2004; Vicent & McCabe, 2000) éstos suelen ignorarlos a diferencia de las mujeres quienes están más pendiente de las críticas y la apariencia (Jackson et al., 1998, citado en McCabe & Ricciardelli, 2004).
- El grupo de pares resulta de gran influencia en la adolescencia, entre estas se establece: el cuerpo adecuado, que deben hacer para obtenerlo y como deben vestirse. Para los hombres resulta igualmente importante que para las chicas e incluso se ha encontrado que las críticas de sus amigos con respecto a su cuerpo y peso les afecta más que las críticas de sus padres (Ricciardelli et al., 2000, citado en McCabe & Ricciardelli 2004).
- Los medios de comunicación son considerados los responsables de transmitir los ideales que hombres y mujeres deben cumplir, aunado a la gran cantidad de medios que existen: televisión, radio, cine, periódicos, revistas, carteles, espectaculares, internet; que nos recuerdan en todo

momento cuales son estos ideales corporales, que estar gordo es falta de voluntad y nos venden miles de productos para “estar en forma” y ser “saludables” y “exitosos”. Pope et al. (1999) asegura que los hombres también se ven afectados por los medios de comunicación y quieren alcanzar el ideal proyectado.

La moda, la exhibición del cuerpo, los ideales irreales, los productos y servicios para adelgazar, la publicidad y los medios de comunicación, el rechazo a la obesidad, y los cambios en el papel social de la mujer están contribuyendo a que la delgadez sea anhelada por la mujer (Toro 2009). Asimismo, Palazzoli (1963, citado en Palazzoli et al., 1999) considera que la riqueza expresada en la cantidad de comida parece ser determinante para el tipo de cuerpo idealizado, por ejemplo, en África y sociedades donde escasea el alimento, las mujeres más gordas son más valoradas.

Robert Bly en *The sibling society*, (1996, citado en Palazzoli et al., 1999) comenta que la raíz del malestar es habernos convertido en una nación hecha de gente que se niega a ser adulta y que por eso desatiende la tarea más importante de un adulto: la de preparar a la nueva generación para ocupar su sitio en el mundo. Este mismo autor sugiere que la psicoterapia posee los recursos para contribuir a la formación de un nuevo ideal cultural, en el cual la realización personal sea vista sistemáticamente como parte de una red continua de vínculos personales y sociales que alimentan y crean obligaciones que no podemos ignorar. Por lo que la investigación es la base para la comprensión de los TCA para así tener herramientas que nos permitan contribuir con un cambio en las personas que los padecen para que estas no sean víctimas de conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación poco saludables que puedan dejar consecuencias de por vida.

Es evidente que las conductas y actitudes hacia la alimentación han estado presentes desde hace tiempo, sin embargo en la actualidad se observa que estas conductas cada vez se practican en un mayor grado y son vistas como algo normal, saludable e incluso como una forma de estar a la moda.

Debido a que los roles de género afectan y pueden influir en el desarrollo de un TCA en los adolescentes, este trabajo pretende conocer cuál es el efecto de los roles de género en los jóvenes mexicanos, si los roles de género que desempeñan e idealizan los adolescentes corresponden a los roles que el sexo opuesto espera y cuál es la relación entre el rol de género y las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación.

Capítulo 3. MÉTODO

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la incidencia en conductas alimentarias de riesgo tales como el ayuno, las dietas, el ejercicio excesivo y el uso de laxantes o diuréticos se ha incrementado en jóvenes hombres y mujeres durante los últimos años (Unikel et al., 2006; Villatoro et al., 2007). Asimismo, la práctica de tales conductas puede desencadenar el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (Mancilla & Gómez-Peresmitré, 2006) y sus consecuencias pueden ser graves. Incluso algunos autores consideran a los trastornos de la alimentación como un padecimiento crónico, pues existen deficiencias que no desaparecen en pacientes recuperadas, además, la tasa de recaída es alta (Méndez et al., 2008; Unikel et al., 2004).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se consideran trastornos femeninos, puesto que se ha observado que afectan en mayor medida a mujeres que a varones (Unikel et al., 2000; Zandian et al., 2007), lo cual ha llevado a los investigadores a proponer que los roles de género pueden estar implicados en el desarrollo de estas patologías (Álvarez et al., 2000; Behar et al., 2001, 2002; Bosques 2003; Brown et al., 1990; Cantelon et al., 1896; González, 2009; Murmen & Smolak, 1997; Meyer et al., 2001; Squires & Kagan, 1985; Srikameswaran et al., 1984; Tiggerman & Stevens, 1998; Timko et al., 1987). Asimismo, se ha observado que el desempeñar un rol de género machista o sumiso está relacionado con una mala salud (Lara, 1993) e incluso con los TCA (Bosques, 2003; González, 2009).

Los ideales de género impuestos por la sociedad han propiciado que las personas se sientan inconformes con sus comportamientos dejando lo que *quieren ser* por lo que creen que *deben ser*, lo cual puede estar generando problemas de salud (Matud & Aguilera, 2009). Se ha observado en diversas investigaciones que hombres y mujeres tienen creencias erróneas respecto a lo que el otro sexo espera de ellos, dichas creencias, regularmente tienen mucho que ver con el rol de género (Thompson, 2002), por ejemplo, las chicas creen

que entre más delgadas sean más elegidas serán por los hombres (Gettelman & Thompson, 1993; Gil, 2003; Helga et al., 2000; Jones et al., 2008; McArthur et al., 2005; Prevos, 2005; Silva & Jiménez, 2008;Thomsen, 2002; Thompson et al., 1997; Viviani, 2006; Thompson & Psaltis, 1988) y los chicos creen que entre más musculosos sean serán más elegidos por las mujeres (Demarest & Allen, 2000;Bergstrom et al., 2004; Forbes et al., 2001; Pope et al., 2000), sin embargo, dichas creencias son falsas ya que los hombres no prefieren chicas tan delgadas, ni las mujeres prefieren hombres tan musculosos.

De igual manera, socialmente se han creado ideales de comportamiento en cuanto al rol de género, por lo que es posible que los adolescentes se estén empeñando en cumplir un ideal que poco tiene que ver con la realidad. Al igual que lo que pasa con la apariencia física, es posible que haya creencias erróneas acerca de lo que los hombres esperan de la mujer ideal y lo que las mujeres esperan del varón ideal, estas discrepancias pueden estar creando insatisfacción entre los adolescentes propiciando mala salud y esto a su vez los puede estar llevando a tener conductas y actitudes dañinas hacia el peso y la alimentación que pueden ser riesgosas para estos debido a que entre más frecuente sea la práctica de estas conductas es más probable desarrollen un TCA.

Así, la importancia que los adolescentes le dan a ser, y sentirse aceptados, el aumento de conductas alimentarias de riesgo en la adolescencia, los ideales impuestos y las creencias erróneas entre sexos, nos lleva a suponer que es posible que los adolescentes se estén empeñando en cumplir un ideal erróneo con el fin de agradar a los amigos, al sexo opuesto o simplemente estar a la moda. Por lo que conocer si los roles de género que desempeñan e idealizan los adolescentes corresponden a los roles que el sexo opuesto espera, es de gran importancia ya que de ser contrario, los adolescentes se estarían empeñando en cumplir un ideal que poco tiene que ver con la realidad provocándoles problemas de salud.

Esta investigación pretende no sólo conocer la relación entre las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación y el rol de género, sino, además aportará información acerca de la prescripción social de la mujer ideal y el varón ideal. Cabe destacar que en este trabajo se considerará *prescripción social* al rol de género deseado, obtenida al preguntar a ambos sexos como debería ser “la mujer ideal” y “el hombre ideal”.

3.2 JUSTIFICACIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son considerados entes multifactoriales, así, debemos conocer cuáles son los factores que interactúan en la aparición, desarrollo y mantenimiento de estos trastornos con el fin de prevenir, detectar y crear intervenciones eficaces reduciendo la incidencia en estos.

La asociación entre los roles de género y los TCA ha sido estudiada, de igual manera es conocido el papel que juegan las discrepancias entre lo que una persona quiere ser y lo que debe ser en el desarrollo de los TCA, sin embargo no se han estudiado las discrepancias entre hombres y mujeres con respecto a la prescripción social del rol de género de la mujer ideal y el varón ideal.

3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre el rol de género auto-descrito, ideal personal y prescripción social del mismo y las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación?

3.4 OBJETIVOS

Objetivo general:

Explorar si existe relación entre el rol de género auto-descrito, ideal personal y prescripción social del mismo y las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación.

Objetivos específicos:

- Describir el rol de género auto-descrito, el ideal personal y la prescripción social al mismo de un grupo de mujeres adolescentes y un grupo de varones adolescentes.

Conocer:

- Si existen diferencias significativas en el rol de género auto-descrito, el ideal personal y la prescripción del mismo entre hombres y mujeres.
- Si la auto-descripción, el ideal personal y la prescripción social están relacionados con las conductas y actitudes hacia la alimentación en un grupo de mujeres adolescentes y un grupo de varones adolescentes.
- Si existen diferencias en el ajuste personal al rol de género entre hombres y mujeres
- Si existen diferencias en el ajuste al rol de género entre hombres y mujeres.
- Si el "varón ideal" de las mujeres coincide con el "varón ideal" de los hombres.
- Si la "mujer ideal" de los varones coincide con la "mujer ideal" de las mujeres.

3.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES

3.5.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

ROL DE GÉNERO

"Prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para varones y mujeres, por ejemplo, el papel de proveedor asignado al varón y el cuidado de los hijos a la mujer" (Lara, 1993).

CONDUCTAS Y ACTITUDES HACIA EL PESO Y LA ALIMENTACIÓN

Se refiere a los factores que propone el EAT-40 (Álvarez, Mancilla, Vázquez & Unikel, 2004), los cuales miden conductas y actitudes patológicas relacionadas

con la ingesta alimentaria, la forma del cuerpo, el peso y el ejercicio con el propósito de estar delgado, los cuales se describen a continuación:

- *Dieta Restrictiva*: Refleja conductas y actitudes en las cuales se evita comer alimentos considerados engordantes o hipercalóricos.
- *Bulimia*: Refiere a la práctica de conductas compensatorias: atracones, vómitos y culpa tras haber ingerido alimento.
- *Motivación para adelgazar*: Incluye las preguntas que reflejan la preocupación respecto a la obesidad o sobrepeso, el deseo de adelgazar y la práctica de algunos patrones o conductas para lograrlo.
- *Preocupación por la comida*: Identifica pensamientos obsesivos respecto a la alimentación, la presencia de sobreingestión y culpabilidad posterior a la ingestión.
- *Presión social percibida*: Incluye preguntas que miden el grado de presión social para que el sujeto aumente su ingestión o su peso.

3.5.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

ROL DE GÉNERO

Las puntuaciones obtenidas del Inventario de Masculinidad y Feminidad, IMAFE (Lara, 1993).

CONDUCTAS Y ACTITUDES HACIA EL PESO Y LA ALIMENTACIÓN

Las puntuaciones obtenidas en los factores del EAT-40 (Álvarez, Mancilla, Vázquez & Unikel, 2004).

3.6 DISEÑO

Se llevó a cabo un estudio de tipo transeccional correlacional.

3.7 PARTICIPANTES

Participaron 448 adolescentes, 232 mujeres y 216 varones, de una Escuela Nacional Preparatoria de la UNAM, cabe destacar que en esta preparatoria se cursa Iniciación Universitaria, la cual corresponde a la secundaria. La permanencia en la investigación fue voluntaria, cualquier participante podía desistir en el momento que así lo deseara.

La muestra fue no probabilística y por cuotas. Los participantes debían cumplir con dos criterios de inclusión:

- Edad de 13 a 18 años
- No presentar riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (puntuar igual o debajo de 21 en el EAT-40).

3.8 INSTRUMENTOS

3.8.1 Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE)

El Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE) fue diseñado y validado en México por Lara (1993), está basado en el Inventario de Roles Sexuales de Bem (1974) el cual mide características femeninas y masculinas. Lara para la versión de México agregó dos escalas más Machismo y Sumisión. El propósito de este instrumento es medir rasgos de personalidad asociados a los roles de género y está basado en los aspectos más representativos de los papeles y estereotipos de la cultura mexicana. Consta de 60 reactivos, 15 para cada una de sus cuatro escalas, cuenta con una escala tipo likert con 7 opciones de respuesta que van de "Nunca o casi nunca soy así" a "Siempre o casi siempre soy así". Se puede dar a los participantes diferentes instrucciones de respuesta, en esta investigación se utilizó: "así soy", "así quisiera ser", "la mujer ideal debe ser" y "el hombre ideal debe ser" para obtener la auto-descripción, el ideal personal y la prescripción social respectivamente. Tiene una alta consistencia interna y validez en sus cuatro escalas (con un alpha que va de .74 a .92) (Véase anexo 1). Las escalas que mide el IMAFE son:

a) Masculinidad (Masc). Contempla rasgos relacionados con los aspectos prácticos orientados a la acción, la seguridad en uno mismo y el logro de metas. Las características asociadas a la Masculinidad son: confiado de sí mismo, tomar decisiones, independiente, analítico, competitivo, racional, reflexivo, personalidad fuerte, hábil para dirigir, seguro de sí mismo, autosuficiente, dispuesto a arriesgarse, valiente, atlético, maduro.

b) Femenidad (Fem). Considera rasgos en relación al ámbito afectivo, expresivo, a las relaciones interpersonales y a la preocupación por el bienestar de otros. Las características asociadas a la Femenidad son: sensible a las necesidades de los demás, comprensivo, tierno, afectuoso, cariñoso, gusto por los niños, dulce, caritativo, de voz suave, compasivo, amigable.

c) Machismo (Mach). Considerado como el aspecto negativo no deseable de la masculinidad caracterizado por la agresión e intransigencia. Las características asociadas a la Machismo son: agresivo, dominante, autoritario, egoísta, materialista, frío, ambicioso, rudo, enérgico, incomprensivo, individualista, arrogante.

d) Sumisión (Sum) o Síndrome de mujer sufrida. Definida como el aspecto negativo o no deseable de la femineidad. Y se hace presente en la persona como resultado de no integrar su poder de decisión, independencia y autosuficiencia con el papel femenino. Las características asociadas a la Sumisión son indeciso, de personalidad débil, cobarde, sumiso, incapaz de planear, dependiente, influenciado, conformista, tímido, retraído, pasivo, simplista, resignado, inseguro de sí mismo.

3.8.2. Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-40)

Este instrumento fue desarrollado por Garner y Garfinkel (1979) y validado en población mexicana por Álvarez (2000). Esta prueba fue creada con el propósito de ofrecer una evaluación de las conductas y actitudes que predominan entre los pacientes que sufren de trastornos de la alimentación. El EAT-40 tiene como finalidad identificar la presencia de síntomas y

preocupaciones característicos de los trastornos alimentarios. Consta de 40 reactivos en una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta que van de "nunca" a "siempre". De acuerdo con Álvarez et al. (2004) el EAT-40 en población mexicana, tiene una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.90$) y validez ($r = 0.77$, $p \leq 0.0001$), aquellas personas que puntúen igual o debajo de 21 en la puntuación total parecen no tener riesgo de padecer un TCA (véase anexo 2). Este cuestionario evalúa cinco factores: Dieta restrictiva, Bulimia, Motivación para adelgazar, Preocupación por la comida y Presión social percibida.

En esta investigación el EAT-40 se utilizó para discriminar entre las personas con riesgo de padecer un TCA y las que no estaban en riesgo de presentar un TCA (puntuar debajo de 21 en la puntuación total), así como para determinar las relaciones entre las actitudes y creencias hacia la alimentación y los roles de género.

3.9 PROCEDIMIENTO

Una vez obtenido el consentimiento de las autoridades de la institución y de los adolescentes, así como de haberles informado los objetivos de la investigación, se procedió a la aplicación de los dos instrumentos (IMAFE y EAT-40) de manera grupal y en una sola exhibición. El aplicador, leía las instrucciones a los participantes. Al terminar de contestar revisaba que los participantes no dejaran reactivos en blanco. Finalmente, se procedió a calificar ambos instrumentos, se eligió a aquellos sujetos que cumplieran con los criterios de inclusión a la muestra y se llevaron a cabo análisis estadísticos.

3.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Por medio del análisis de frecuencias se describieron los grupos, posteriormente, se realizó una *t de Student para muestras relacionadas* en el grupo de mujeres y el de varones por separado, con el fin de observar si existían diferencias entre la auto-descripción, ideal personal y prescripción social del rol de género.

A continuación, por medio de una *t Student para muestras independientes* se obtuvieron diferencias entre hombres y mujeres entre las categorías auto-descripción, ideal personal y prescripción social del rol de género.

Se obtuvo el ajuste personal al rol de género restando los puntajes del ideal personal menos los puntajes de la auto-descripción reportado por los adolescentes. Así mismo, se obtuvo el ajuste al rol de género restando la prescripción social menos el puntaje de la auto-descripción, y se procedió a realizar una *t de Student para muestras independientes* para observar si existían diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

Finalmente, mediante un análisis de *R de Pearson*, se realizó una correlación entre los factores del EAT-40 y el rol de género (auto-descrito, ideal personal y prescripción social) en el grupo de mujeres y hombres respectivamente.

Capítulo 4. RESULTADOS

Los resultados de los análisis estadísticos se presentan en cuatro secciones, en la primera se describe la muestra de participantes del estudio (apartado 4.1), en la segunda se presenta al grupo de mujeres (apartado 4.2), la tercera muestra al grupo de varones (apartado 4.3) y finalmente, la cuarta expone las diferencias entre ambos grupos (apartado 4.4).

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra quedó constituida por 448 adolescentes, 232 mujeres y 216 hombres. El rango de edad de los adolescentes fue de 13 a 18 años con una $\bar{X} = 15.59$, $DE = 1.50$. En cuanto al índice de masa corporal (IMC) la \bar{X} de la muestra fue de 21.95 con una DE de 3.08, por lo tanto, según los índices de Organización Mundial de la Salud, los participantes se encuentran dentro de los IMC de normo peso que se encuentra entre 18.50 y 24.9 (OMS, 2004).

No hubo diferencias significativas en edad ($t = -1.818$ $p < .070$) pero si en el Índice de Masa Corporal ($t = -2.007$ $p < .045$) el grupo de varones tienen un índice de masa corporal más alto que el de las mujeres (véase Tabla 1).

Tabla 1. Datos de la muestra.

	Mujeres		Hombres	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Edad	15.47	1.50	15.73	3.04
Índice de Masa Corporal	21.67	3.04	22.26	3.10
Total de participantes	232		216	

4.2 GRUPO DE MUJERES

A continuación se presentarán los resultados del grupo de mujeres. La Figura 1 muestra las medias de como se comportó el grupo de mujeres con respecto a la auto-descripción, el ideal personal y la prescripción social del rol de género.

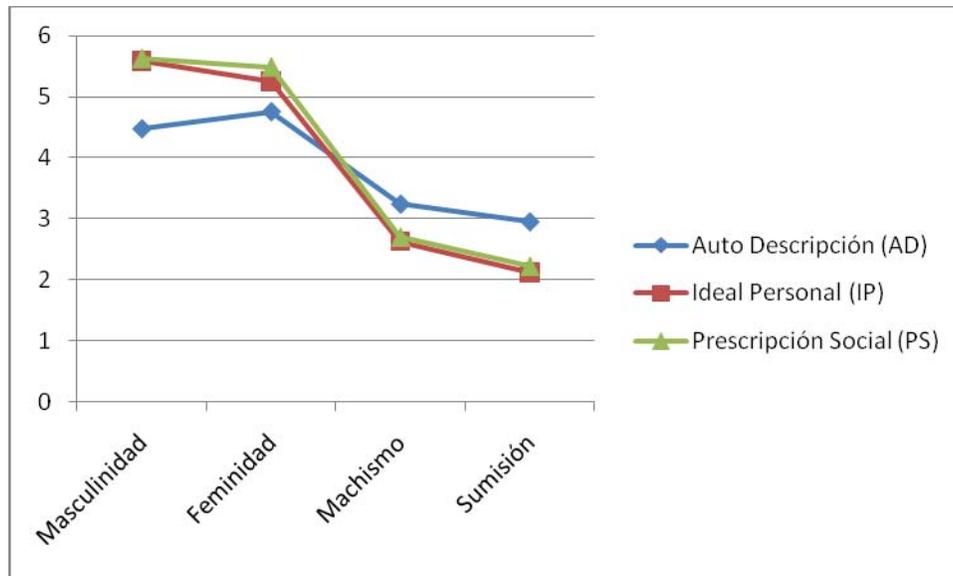


Figura 1. Auto-descripción (AD), ideal personal (IP) y prescripción social (PS) de las mujeres.

Por medio de un análisis de *t de Student para muestras relacionadas*, se comparó la auto-descripción, el ideal personal y la prescripción social del rol de género para saber qué diferencias eran estadísticamente significativas.

4.2.1 AUTO-DESCRIPCIÓN E IDEAL PERSONAL

Los resultados indican que las mujeres muestran diferencias significativas (véase Tabla 3) entre lo que creen ser (auto-descripción) y lo que les gustaría ser (ideal personal) en las cuatro categorías de los roles de género (masculinidad, feminidad, machismo y sumisión). Así, las chicas desearían tener **más características masculinas y femeninas** de las que tienen y

menos características machistas y sumisas de las que consideran desempeñar (véase Tabla 2, Figura 1).

4.2.2 AUTO-DESCRIPCIÓN Y PRESCRIPCIÓN SOCIAL

Se encontraron diferencias significativas (véase Tabla 3) en la auto-descripción y el cómo debería ser la mujer ideal en las cuatro categorías (masculinidad, feminidad, machismo y sumisión). Así, se puede decir que las chicas consideran que la mujer ideal debería tener **más características masculinas y femeninas y menos características machistas y sumisas** de las que poseen (véase Tabla 2, Figura 1).

Tabla 2. Medias obtenidas en auto-descripción (AD), ideal personal (IP) y prescripción social (PS) en el grupo de mujeres.

	MASCULINIDAD		FEMINIDAD		MACHISMO		SUMISIÓN	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
AD	4.48	.867	4.76	.990	3.24	.870	2.95	.763
IP	5.59	.769	5.25	.971	2.63	.763	2.12	.555
PS	5.63	.712	5.49	.800	2.71	.721	2.23	.631

4.2.3 IDEAL PERSONAL Y PRESCRIPCIÓN SOCIAL

Al comparar el ideal personal y la prescripción social de las adolescentes se encontró diferencia significativa (véase Tabla 3) en tres de las cuatro categorías feminidad, machismo y sumisión. Las puntuaciones más altas corresponden a la prescripción social, por lo que, las chicas atribuyen más características femeninas, machistas y sumisas a la mujer ideal o prescrita socialmente que a su ideal personal (véase en Tabla 2, Figura 1).

Tabla 3. Valores de t entre auto-descripción (AD), ideal personal (IP) y prescripción social (PS) del grupo de mujeres.

	MASCULINIDAD	FEMINIDAD	MACHISMO	SUMISIÓN
AD-IP	-22.896**	-11.552**	13.845**	18.991**
AD-PS	-21.842**	-14.103**	10.137**	14.790**
IP-PS	-1.409	-6.324**	-2.861**	-4.355**

* ($p < .05$)
 ** ($p < .01$)

4.2.4 CORRELACIONES ENTRE ROL DE GÉNERO Y CONDUCTAS Y ACTITUDES HACIA EL PESO Y LA ALIMENTACIÓN.

Posteriormente, utilizando la *R de Pearson*, se correlacionaron los factores del EAT-40 (Dieta restrictiva, Bulimia, Motivación para adelgazar, Preocupación por la comida y Presión social) con la auto-descripción, el ideal personal y la prescripción social del rol de género. .

En la categoría de **auto-descripción**, el factor de *dieta restrictiva* correlacionó positivamente con la categoría de **sumisión** ($p > 0.05$) sugiriendo que a mayor sumisión existen mayores conductas restrictivas, mientras que el factor de *motivación para adelgazar* mostró correlación positiva con la escala de **machismo** ($p > 0.05$), por lo que las mujeres que se auto-atribuyen con más características machistas se ven más motivadas para adelgazar (véase en Tabla 4).

En el **ideal personal**, el factor *preocupación por la comida* correlacionó de forma negativa con la escala de **feminidad** ($p < 0.05$) y de forma positiva con la **sumisión** ($p < 0.01$). Mientras que la feminidad correlacionó positivamente con la *presión social* ($p < 0.05$). Lo que sugiere que a mayor feminidad atribuida a su ideal personal existe menor preocupación por la comida y mayor presión social. Así también observamos que a mayor sumisión en su ideal personal, existe mayor *preocupación por la comida* (véase en Tabla 4).

En la **prescripción social** referente a la **mujer ideal** se encontró correlación positiva entre el factor *preocupación por la comida* y la **sumisión** ($p < 0.01$), y hubo correlación positiva entre la **feminidad** y la *presión social* ($p < 0.05$) por lo que se puede decir que a más características femeninas atribuidas a la mujer ideal existe mayor presión social y también a mayor sumisión en la mujer ideal mayor preocupación por la comida (véase en Tabla 4).

Tabla 4. Correlaciones entre las escalas del IMAFE y los factores del EAT-40 en el grupo de mujeres.

Rol de género	Dieta restrictiva	Bulimia	Motivación para adelgazar	Preocupación por la comida	Presión social
Auto-descripción					
Masc.	-.099	-.016	.027	-.061	-.038
Fem.	.054	.019	.008	-.125	.031
Mach.	-.064	-.032	.134*	.035	-.008
Sum.	.135*	.053	-.010	.061	-.007
Ideal personal					
Masc.	-.098	.049	.070	-.084	.023
Fem.	-.046	.004	-.011	-.162*	.156*
Mach.	.013	.053	.110	.039	-.050
Sum.	.125	.010	-.111	.185**	.096
Prescripción social "Mujer ideal"					
Masc.	-.112	-.039	.037	-.113	.046
Fem.	-.124	-.083	-.034	-.101	.138*
Mach.	-.045	.077	.054	-.033	-.029
Sum.	.121	.077	-.043	.235**	.049

** ($p < 0.01$)

* ($p < 0.05$)

4.2.5 AJUSTE PERSONAL AL ROL DE GÉNERO Y AJUSTE AL ROL DE GÉNERO

En diversas investigaciones se ha observado que la discrepancia entre como las personas se auto-describen, cómo describen su ideal y como creen que deben ser genera problemas emocionales como baja autoestima (Renaud & McConnell, 2007), ansiedad (Wylie, 1957; Strauman & Higgins, 1988), depresión (Rodebaugh & Donahue, 2007; Strauman & Higgins, 1988) o trastornos de la conducta alimentaria (Sawdon, 2006; González, 2009). Por lo que en esta investigación se obtuvo para cada participante un puntaje de ajuste personal al rol de género (González, 2009) el cual se obtiene restando el puntaje del rol de género ideal personal menos la puntuación obtenida en la auto-descripción. Así también se obtuvo el ajuste al rol de género (Álvarez et al., 2000; Bosques, 2003; Klingspor, 2002) restando el rol de género prescripción social menos la puntuación obtenida en la auto-descripción.

Cabe destacar que los valores obtenidos no tienen un punto de corte pero una puntuación saludable debería asumir valores muy cercanos entre sí por lo que la discrepancia debería ser mínima, así los puntajes más alejados de cero independientemente de si son positivos o negativos indican una mayor insatisfacción lo que supondría que la persona no está satisfecha con su forma de ser.

Posteriormente se utilizó la prueba estadística *T de student para muestras relacionadas* con el fin de observar si existen diferencias entre el ajuste al rol de género social y personal (véase en Tabla 5) en el grupo de mujeres.

Tabla 5. Ajuste personal al rol de género y ajuste al rol de género en el grupo de mujeres.

	Masculinidad		Feminidad		Machismo		Sumisión	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Ajuste al rol de género personal	-1.11	.739	-.489	.657	.605	.666	.832	.667
Ajuste al rol de género social	-1.15	.802	-.730	.789	.522	.784	.716	.737
t	1.41		6.31**		2.86**		4.35**	

* ($p < .05$)

** ($p < .01$)

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la escala de feminidad, machismo y sumisión, exceptuando la categoría de masculinidad que no mostro diferencias.

La escala de feminidad mostró diferencias significativas ($p < .01$), el ajuste al rol de género fue el que obtuvo mayor discrepancia lo que supone que las mujeres se sienten más insatisfechas al alcanzar el rol de género prescrito socialmente que su ideal personal porque quizá el rol de género personal es menos estricto que la prescripción social.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < .01$) en la escala de machismo y sumisión el ajuste personal al rol de género mostró más discrepancia, por lo que las mujeres se encuentran más insatisfechas con

las características machistas y sumisas en su ideal personal que en su prescripción social.

4.3 GRUPO DE VARONES

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el grupo de varones. La Figura 2 muestra las medias de como se comportó el grupo de varones con respecto a la auto-descripción, el ideal personal y la prescripción social del rol de género.

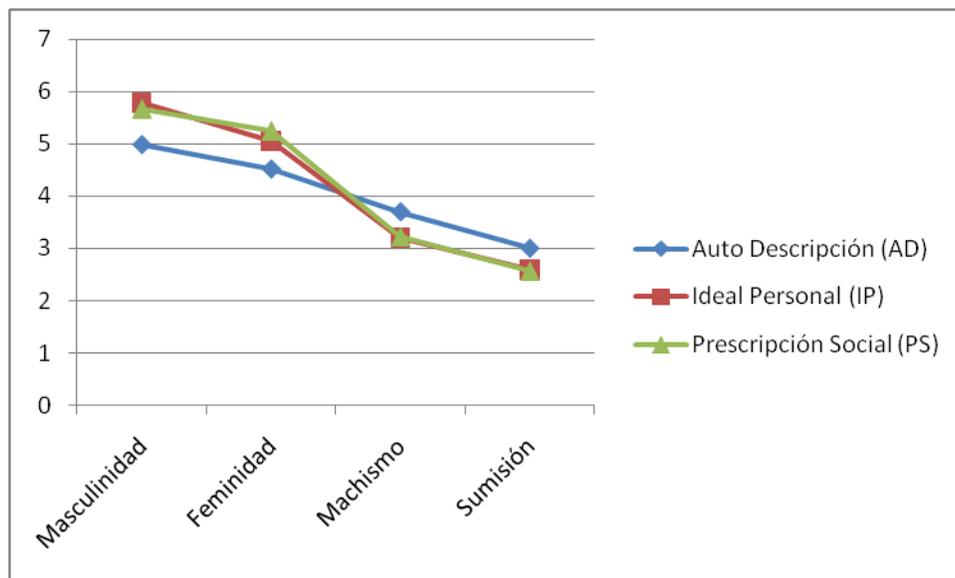


Figura 2. Auto-descripción (AD), ideal personal (IP) y prescripción social (PS) en el grupo de hombres.

Se utilizó la prueba estadística *t de Student para muestras relacionadas* con el fin de observar si existían diferencias entre la auto-descripción, el ideal personal y la prescripción social del rol de género.

4.3.1 AUTO-DESCRIPCIÓN E IDEAL PERSONAL

Los resultados indican que los varones muestran diferencias significativas entre lo que creen ser (auto-descripción) y lo que les gustaría ser (ideal personal) en las cuatro categorías de los roles de género (masculinidad, feminidad, machismo y sumisión) (véase en Tabla 7). Así, los chicos desearían tener **más**

características **masculinas** y **femeninas** de las que tienen y **menos** características **machistas** y **sumisas** de las que consideran tener (véase en Tabla 6 y Figura 2).

4.3.2 AUTO-DESCRIPCIÓN Y PRESCRIPCIÓN SOCIAL

También se encontró diferencia significativa entre lo que los chicos consideran su auto-descripción y el cómo debería ser el hombre ideal en las cuatro categorías (masculinidad, feminidad, machismo y sumisión) (Tabla 5). Los chicos consideran que el hombre ideal debería tener **más** características **masculinas** y **femeninas** y **menos** atributos **machistas** y **sumisos** que los que consideran desempeñar (véase en Tabla 6, Figura 2).

Tabla 6. Medias obtenidas en auto-descripción (AD), ideal personal (IP) y prescripción social (PS) en el grupo de hombres.

	MASCULINIDAD		FEMINIDAD		MACHISMO		SUMISIÓN	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
AD	4.99	.794	4.52	1.01	3.70	.915	3.00	.803
IP	5.79	.652	5.05	.934	3.20	.820	2.60	.769
PS	5.67	.711	5.25	.829	3.22	.857	2.56	.832

4.3.3 IDEAL PERSONAL Y PRESCRIPCIÓN SOCIAL

Al comparar el ideal personal y la prescripción social de los adolescentes se encontró diferencia significativa únicamente en tres de las cuatro categorías (masculinidad, feminidad y sumisión). Así, la prescripción social u hombre ideal de los chicos contiene características menos masculinas y sumisas, pero más femeninas que el ideal personal de los mismos (véase en Tabla 6, Figura 2).

Tabla 7. Valores de t entre auto-descripción (AD), ideal personal (IP) y prescripción social (PS) en el grupo de hombres.

	MASCULINIDAD	FEMINIDAD	MACHISMO	SUMISIÓN
AD-IP	-14.769**	-9.866**	19.683**	12.874**
AD-PS	-11.292**	-11.808**	8.117**	7.906**
IP-PS	3.515*	-4.382**	-.429	-5.897**

* ($p < .05$)

** ($p < .01$)

4.3.4 CORRELACIONES ENTRE EL ROL DE GÉNERO Y CONDUCTAS Y ACTITUDES HACIA EL PESO Y LA ALIMENTACIÓN

Posteriormente, se correlacionaron los factores del EAT-40 (Dieta restrictiva, Bulimia, Motivación para adelgazar, Preocupación por la comida y Presión social) con la auto-descripción, ideal personal y prescripción social del rol de género utilizando la *R de Pearson*.

En la auto-descripción, el factor de *dieta restrictiva* correlacionó positivamente con la categoría de **feminidad** ($p < 0.05$), lo que sugiere que a mayor feminidad existen mayores conductas restrictivas. El factor de *motivación para adelgazar* mostró correlación positiva con la escala de **masculinidad** ($p < 0.05$) y **machismo** ($p < 0.01$), lo que sugiere que los hombres que se auto-atribuyen más características masculinas y machistas se ven más motivados para adelgazar. Finalmente, el factor *presión social* correlacionó de forma negativa con la escala de **masculinidad** ($p < 0.01$) y de manera positiva con la **sumisión** ($p < 0.01$), lo que sugiere que los hombres que se auto-atribuyen más características masculinas se ven menos presionados por la sociedad para aumentar su ingestión y aquellos con puntuaciones de sumisión altas, tendrán mayores puntajes en la presión social por aumentar su consumo de alimentos (véase en Tabla 8).

En el ideal personal, el factor *bulimia* mostró correlación positiva con la escala de **machismo** ($p < 0.05$), esto sugiere que los hombres que atribuyen a su ideal personal más características machistas muestran mayores conductas de vómito. El factor *motivación para adelgazar* mostró correlación positiva con las categorías **masculinidad** ($p < 0.05$) y **machismo** ($p < 0.05$) lo que sugiere que los hombres que atribuyen a su ideal personal más características masculinas y machistas se ven más motivados para estar en forma o adelgazar. El factor *preocupación por la comida* correlacionó negativamente con la escala de **feminidad** ($p < 0.05$) sugiriendo que los hombres que le

atribuyen más características femeninas a su ideal personal pueden sentirse menos preocupados por la alimentación (véase en Tabla 8).

En la **prescripción social** referente al **hombre ideal**, el factor *dieta restrictiva* correlacionó de forma positiva con la categoría **machismo** ($p < 0.01$), sugiriendo que los hombres que atribuyen más características machistas al hombre ideal tendrán más conductas de restricción con respecto a su dieta. La *preocupación por la comida* mostró correlación negativa con las características de **feminidad** ($p < 0.05$) lo que sugiere que los hombres que le atribuyen a su hombre ideal más características femeninas tienen menos preocupación por su alimentación. El factor *presión social* correlacionó de forma negativa con la escala de **sumisión** ($p < 0.01$) por lo que se puede decir que los varones que le atribuyen más características sumisas al hombre ideal se sienten menos presionados por la sociedad para aumentar la cantidad de comida que ingieren (véase en Tabla 8).

Tabla 8. Correlaciones entre las escalas del IMAFE y los factores del EAT-40 en el grupo de hombres.

<i>Rol de género</i>	<i>Dieta restrictiva</i>	<i>Bulimia</i>	<i>Motivación para adelgazar</i>	<i>Preocupación por la comida</i>	<i>Presión social</i>
Auto-descripción					
<i>Masc.</i>	-.017	.044	.168*	-.021	-.196**
<i>Fem.</i>	.165*	.028	.040	-.079	-.038
<i>Mach.</i>	-.020	.110	.254**	.073	-.008
<i>Sum.</i>	.089	.091	-.032	.012	.209**
Ideal personal					
<i>Masc.</i>	-.057	-.121	.166*	-.008	-.003
<i>Fem.</i>	.079	.028	.123	-.134*	.024
<i>Mach.</i>	.028	.144*	.139*	.132	.053
<i>Sum.</i>	.107	.079	.035	.094	.052
Prescripción social "Hombre ideal"					
<i>Masc.</i>	-.051	-.030	.087	-.130	.041
<i>Fem.</i>	.033	-.014	.020	-.159*	.043
<i>Mach.</i>	.183**	.103	.058	.119	.015
<i>Sum.</i>	.026	.064	.081	.086	-.210**

** ($p < 0.01$)

* ($p < 0.05$)

4.3.5 AJUSTE PERSONAL AL ROL DE GÉNERO Y AJUSTE AL ROL DE GÉNERO

Al igual que en el grupo de mujeres se obtuvo el ajuste personal al rol de género y el ajuste al rol de género. Posteriormente mediante la prueba estadística *T de student para muestras relacionadas* con el fin de observar si existen diferencias entre ambos ajustes (véase en Tabla 9).

Tabla 9. Ajuste personal al rol de género y ajuste al rol de género en el grupo de hombres.

	Masculinidad		Feminidad		Machismo		Sumisión	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Ajuste al rol de género personal	-.801	.797	-.527	.786	.498	.685	.656	.749
Ajuste al rol de género social	-.677	.880	-.722	.899	.479	.868	.438	.815
t	-3.517**		4.387**		.439		5.889**	

* ($p < .05$)

** ($p < .01$)

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la escala de masculinidad, feminidad y sumisión, exceptuando la categoría de machismo que no mostro diferencias, lo que sugiere que los varones puntúan casi en el mismo nivel su rol masculino ideal personal y prescripción social.

La escala de masculinidad y sumisión mostró diferencias significativas ($p < .01$) siendo el ajuste personal al rol de género con el que se mostraron más inconformes.

La escala de feminidad mostró diferencias significativas ($p < .01$) el ajuste al rol de género social fue el que obtuvo mayor discrepancia lo que supone que los varones se sienten más insatisfechos al alcanzar el rol de género social que el personal ya que quizá el rol de género personal es menos estricto que el social.

Finalmente en la escala de sumisión, existió diferencia significativa ($p < .01$) el ajuste al rol de género personal mostro mas discrepancia que el ajuste al rol de género social.

4.4 DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS

Por medio de análisis de *t de Student para muestras independientes* se buscaron diferencias en la auto-descripción, el ideal personal y la prescripción social entre mujeres y varones. Los resultados se muestran a continuación.

4.4.1 AUTODESCRIPCIÓN

Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .01$) entre los grupos en las categorías de masculinidad, feminidad y machismo. En la categoría de Sumisión no se encontraron diferencias.

En la categoría de masculinidad y machismo los hombres puntuaron más alto, lo que sugiere que los hombres se describieron con más características masculinas y machistas que las mujeres. Asimismo en la categoría de feminidad las mujeres puntuaron más alto lo que sugiere que las mujeres se describieron con más características femeninas que los hombres. Sin embargo en la categoría de sumisión no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por lo que se puede suponer que hombres y mujeres se perciben con características sumisas similares (véase en Tabla 10).

Tabla 10. Auto-descripción hombres y mujeres.

	Mujeres		Hombres		t	Diferencia de medias
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Masculinidad	4.48	.867	4.99	.794	-6.547**	-.51415
Feminidad	4.76	.990	4.52	1.01	2.467**	.23441
Machismo	3.24	.870	3.70	.915	-5.452**	-.46097
Sumisión	2.95	.763	3.00	.803	-.679	-.05028

* ($p < .05$)

** ($p < .01$)

4.4.2 IDEAL PERSONAL

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombre y mujeres en el ideal personal en las cuatro escalas del IMAFE: masculinidad, feminidad, machismo y sumisión.

En la categoría de masculinidad y machismo ($p < .01$) los hombres puntuaron más alto, lo que sugiere que los hombres describieron su ideal personal con más características masculinas y machistas que las mujeres. En la categoría de feminidad ($p < .05$) las mujeres puntuaron más alto lo que sugiere que las mujeres describieron su ideal personal con más características femeninas que los hombres. Curiosamente en la categoría de sumisión los hombres describieron su ideal personal con más características sumisas que las mujeres (véase en Tabla 11).

Tabla 11. Ideal personal hombres y mujeres.

	Mujeres		Hombres		t	Diferencia de medias
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Masculinidad	5.59	.769	5.79	.652	-3.017**	-.20404
Feminidad	5.26	.971	5.05	.934	2.278*	.20516
Machismo	2.63	.763	3.20	.820	-7.570**	-.56819
Sumisión	2.12	.555	2.34	.769	-3.543**	-.22610

* ($p < .05$)

** ($p < .01$)

4.4.3 PRESCRIPCIÓN SOCIAL

La prescripción social se refiere a lo que los adolescentes contestaron a la consigna *la mujer ideal debe ser y el hombre ideal debe ser* por lo tanto hay dos posibilidades en la prescripción social, la "mujer ideal" y el "hombre ideal".

4.4.3.1 "Mujer ideal"

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres categorías: masculinidad, feminidad y sumisión. Así, las mujeres consideran que la mujer ideal debe tener más características masculinas y menos femeninas y sumisas de lo que consideran los hombres, mientras que en la categoría de machismo, hombres y mujeres coinciden en las características machistas que debería poseer la mujer ideal (véase en Tabla 12).

Tabla 12. Diferencias en la "mujer ideal" entre hombres y mujeres.

	Mujeres		Hombres		t	Diferencia de medias
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Masculinidad	5.63	.712	5.44	.701	2.825**	.18889
Feminidad	5.49	.800	5.67	.741	-2.535**	-.18466
Machismo	2.71	.721	2.76	.790	-.624	-.04461
Sumisión	2.23	.631	2.60	.824	-5.307***	-.36999

* ($p < .05$)

** ($p < .01$)

4.4.3.2 "Hombre ideal"

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres categorías: feminidad, machismo y sumisión. De esta manera, las mujeres consideran que el hombre ideal debe tener más características femeninas y menos características machistas y sumisas de las que consideran los hombres, mientras que en la categoría de masculinidad, los hombres y mujeres tienen ideas similares en las características masculinas que debería poseer el hombre ideal (véase en Tabla 13).

Tabla 13. Diferencias en el "hombre ideal" entre hombres y mujeres.

	Mujeres		Hombres		t	Diferencias de medias
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Masculinidad	5.67	.677	5.67	.711	.060	.00396
Feminidad	5.45	.742	5.25	.829	2.776**	.20635
Machismo	2.70	.687	3.22	.857	-7.051**	-.52006
Sumisión	2.33	.679	2.56	.832	-3.122**	-.22519

* ($p < .05$)

** ($p < .01$)

4.4.4 AJUSTE PERSONAL AL ROL DE GÉNERO Y AJUSTE AL ROL DE GÉNERO

Como ya se había mencionado en esta investigación se obtuvo para cada participante el ajuste al rol de género personal y social.

Posteriormente mediante la prueba estadística *T de student para muestras independientes* se comparó el grupo de hombres y mujeres con el fin de observar si existían diferencias significativas entre ellos.

Los valores obtenidos no tienen un punto de corte pero una puntuación saludable debería asumir valores muy cercanos entre sí por lo que la discrepancia debería ser mínima, así los puntajes más alejados de cero independientemente de si son positivos o negativos indican una mayor insatisfacción lo que supondría que la persona no está satisfecha con su forma de ser.

4.4.4.1 Ajuste personal al rol de género

El ajuste al rol de género personal (González, 2009) se obtiene restando el puntaje del rol de género ideal personal menos la puntuación obtenida entre la auto-descripción.

Los resultados muestran diferencias significativas en las escalas de masculinidad y sumisión, en ambas, las mujeres mostraron más discrepancias en comparación con los hombres (véase en Tabla 14).

Tabla 14. Diferencias en el ajuste al rol de género personal entre hombres y mujeres.

	Mujeres		Hombres		t	Diferencia de medias
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Masculinidad	-1.11	.739	-.801	.797	-4.256**	-.30989
Feminidad	-.498	.657	-.527	.786	.423	.02908
Machismo	.605	.666	.498	.685	1.676	.10716
Sumisión	.832	.667	.656	.749	2.614**	.17581

* ($p < .05$)

** ($p < .01$)

4.4.4.2 Ajuste al rol de género

El ajuste al rol de género social se obtiene restando el rol de género prescripción social menos la puntuación obtenida en la auto-descripción (Álvarez et al., 2000; Cantelon et al., 1896; Bosques, 2003).

Los resultados mostraron que en el ajuste al rol de género las únicas categorías que resultaron significativas fueron la masculinidad y la sumisión, las mujeres muestran mayores discrepancias que los hombres (Véase en Tabla 15).

Tabla 15. Diferencias en el ajuste al rol de género entre hombres y mujeres.

	Mujeres		Hombres		t	Diferencia de medias
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE		
Masculinidad	-1.15	.802	-.677	.880	-5.942**	-.47421
Feminidad	-.730	.789	-.722	.899	-.099	-.00787
Machismo	.522	.784	.479	.868	5.49	.04289
Sumisión	.716	.737	.438	.815	3.770**	.27767

* ($p < .05$)

** ($p < .01$)

Capítulo 5. DISCUSIÓN

Como se documentó en el marco teórico, el rol de género se ha relacionado con problemas de salud entre ellos las conductas y actitudes hacia la alimentación (Álvarez et al., 2000; Behar et al. 2001, 2002; Bosques 2003; Brown et al. 1990; Cantelon et al. 1896; González 2009; Murmen & Smolak, 1997; Meyer et al. 2001; Squires & Kagan, 1985; Srikameswaran et al., 1984; Tiggerman & Stevens, 1998; Timko et al. 1987). En este estudio se trabajó con los roles de género en tres condiciones: auto-descripción (así soy), ideal personal (así me gustaría), prescripción social (la mujer y hombre ideal deben ser) y su relación con actitudes y conductas hacia la alimentación en adolescentes de ambos sexos, a los cuales se les aplicaron dos pruebas para medir ambas variables rol de género (IMAFE) y conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación (EAT-40).

Al comparar los roles de género de *los* adolescentes: auto-descripción, el ideal personal y la prescripción social, se encontró que tanto hombres como mujeres quieren ser más masculinos y femeninos y menos sumisos y machistas de lo que se percibieron. Resultados que coinciden con los de Lara (1993), Gamboa (2007) y González (2009) en población mexicana no clínica, los adolescentes tratan de dar una buena imagen de sí mismos exaltando los rasgos positivos y minimizando los negativos. Llama la atención que la prescripción social de *los* jóvenes es diferente a su ideal personal y tanto su prescripción social como su ideal personal difieren en su percepción actual. En el caso de las mujeres, al auto-describirse e idealizar (ideal personal y prescripción social) rasgos masculinos y femeninos están teniendo aspiraciones a desempeñar el rol de súper mujer caracterizado entre otras cosas, por desempeñarse adecuadamente en roles femeninos y masculinos (Crago et al., 1996; Myers, 1999), situación que se ha relacionado con los TCA (Silverstein et al., 1990; Steiner-Adair, 1986, citado en Myers, 1999; Timko et al., 1987), sin embargo varios autores (Bem, 1974; Pritchar, 2008; Thorton et al., 1991) señala que las personas que se desempeñan eficazmente en roles femeninos y masculinos tienen una mejor salud.

A continuación se presenta la discusión en la auto-percepción e ideal personal, auto-descripción y prescripción social y finalmente el ideal personal y la prescripción social al rol de género de *los* adolescentes.

5.3 AUTO-DESCRIPCIÓN E IDEAL PERSONAL

Comparando la auto-descripción con el ideal personal se observó que tanto las chicas como los chicos atribuyeron más características a su ideal personal que a su auto-descripción en la masculinidad, feminidad, machismo y sumisión, *los* jóvenes quieren tener más características masculinas y femeninas y menos machistas y sumisas. Llama la atención que en las cuatro categorías *los* jóvenes se mostraron inconformes, algunos autores han hablado acerca de que esta insatisfacción entre su real e ideal puede estar relacionado con tristeza (Higgins, 1987) baja autoestima (Renaud & McConnell, 2007), ansiedad, depresión (Katz & Farrow, 2000) y trastornos de la conducta alimentaria (González 2009; Klingspor, 2002).

5.4 AUTO-DESCRIPCIÓN Y PRESCRIPCIÓN SOCIAL

De forma similar que al comparar la auto-descripción con el ideal personal, *los* jóvenes atribuyeron más características a la prescripción social que a su auto-descripción en las cuatro categorías del rol de género (masculinidad, feminidad, machismo y sumisión). Una vez más, *los* jóvenes se muestran insatisfechos con sus características percibidas y las que creen la sociedad les pide. Asimismo diversos autores han hipotetizado que esta diferencia entre su auto-descripción y prescripción social está relacionado con resultados negativos como el miedo o la inseguridad (Higgins, 1987), ansiedad, disfunción sexual (Katz & Farrow, 2000) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Álvarez et al., 2000; Bosques, 2003).

5.5 IDEAL PERSONAL Y PRESCRIPCIÓN SOCIAL

Al comparar el ideal personal (me gustaría ser) y la prescripción social (la mujer ideal deben ser) se observó que las mujeres atribuyeron más características **femeninas, machistas y sumisas** a su prescripción social que a su ideal personal, lo cual refleja que las expectativas sociales son más altas que las personales, por lo que es posible que las chicas traten de alcanzar el ideal social a través de la belleza que en la actualidad es representada por la delgadez. Ya que como mencionan algunos autores (Andersen & Bem 1981; Bergtrom & Neigt, 2006; Mulford et al., 1998) las personas atractivas, independientemente de lo que ello conlleve, son vistas con cualidades socialmente más positivas: agradables, responsables, competentes, ajustadas, inteligentes e interesantes. Además que desde pequeña a la mujer se le educa para que se preocupe por su apariencia (Díaz-Guerrero, 2005), rasgo considerado por Thompsen, (2002) como un signo de sumisión, puesto que la mujer es quien tiene que ser bella y delgada para agradar a los demás.

La categoría de masculinidad no resultó significativa así es posible que para las mujeres el tener características masculinas sea una característica fundamental puntuándola en el mismo nivel tanto en su ideal personal como en su prescripción social, de esta manera, las expectativas masculinas personales están de acuerdo con aquellas que la sociedad les pide. Además, el rol de género masculino es muy valorado por la sociedad (Fernández & Reyes, 2006; Gil, 2003; Miño-Worobiej, 2008; Montesinos, 2006; Rocha, 2000; Sharim, 2005; Stern et al., 2003; Viedma, 2003) puesto que es un rol que como explica González (2009) está orientado hacia el éxito y logro individual, por lo que las jóvenes no dudan en que deben y quieren tener estas características. Aunado a que los medios de comunicación exponen a la mujer ideal como exitosa y que se vale por si misma (Del Moral, 2000; Meras, 2005; Monroy, 2002), es decir se exaltan un rol de género masculino.

Por su parte, en el grupo de hombres atribuyeron más características **masculinas, femeninas y sumisas** a su prescripción social que a su ideal

personal, de igual forma que en el caso de las mujeres, las expectativas sociales de estos, son más altas que las personales, por lo que es posible que esta insatisfacción los esté llevando a conductas alimentarias de riesgo para tratar de alcanzar el ideal social que consideran les falta a través de un cuerpo musculoso. Así, si creo que la sociedad me pide ser masculino, es posible que la masculinidad sea alcanzada a través de la musculatura, ya que como mencionan algunos autores, la masa muscular está asociada con características de personalidad fuerte, feliz, útil, agresiva y poderosa (De la Serna Pedro, 2004).

La categoría de machismo no resultó significativa lo cual puede deberse a que para los hombres el nivel de machismo lo consideran una característica incuestionable puntuándola en un nivel similar entre su ideal personal y prescripción social. En México, el machismo ha sido una forma de expresar la masculinidad, por lo que hombres y mujeres han crecido con la idea de que el hombre debe ser macho, Páramo (2005) lo describe como: *“Monopolio del poder; superior a la mujer; el único autorizado en tomar decisiones importantes de la familia; autoritario; siempre tiene la razón; no tolera ser contradicho; padre ausente; valiente, nunca puede demostrar que siente miedo; fuerte, nunca puede demostrar que es débil (...).”*(p.242), por lo que para el hombre ejercer el poder sigue siendo muy importante incluso hoy en día (Fernández & Reyes, 2006; Gil 2003; Miño-Worobiej, 2008; Montesinos, 2006; Rocha, 2000; Sharim, 2005; Stern, et al., 2003; Viedma 2003).

Cabe destacar que el hecho de que los adolescentes consideren que su ideal personal es diferente a su prescripción social sugiere que si bien los medios de comunicación transmiten ciertos ideales, los adolescentes pareciera que eligen sólo algunas características de estos o en una intensidad menor, para así establecer sus ideales propios. Resultados similares fueron encontrados por Helga et al. (2000), quienes observaron que los adolescentes atribuyen sus ideales personales tomando como parámetro sus ideales sociales. Como mencionan Matud et al. (2002) los adolescentes re-evalúan cuáles son los

papeles que quieren desempeñar, a pesar de que la sociedad pida que hombres y mujeres cumplan ciertos roles específicos.

Para esta investigación se obtuvo el ajuste personal al rol de género y el ajuste al rol de género ya que nos da una visión más amplia sobre que tan ajustados o no se encuentran los adolescentes respecto a las características del rol de género que consideran tienen y las que les hacen falta. A continuación se muestra la discusión de los resultados obtenidos en este rubro.

5.6 AJUSTE PERSONAL AL ROL DE GÉNERO Y AJUSTE AL ROL DE GÉNERO

Se obtuvo el ajuste personal al rol de género (rol de género ideal personal menos auto-descripción) y el ajuste al rol de género (rol de género social menos auto-descripción) tanto en el grupo de mujeres como en el de hombres.

5.6.1 Mujeres

En el grupo de mujeres, las mayores discrepancias en el *ajuste personal al rol de género* se localizaron en las escalas de **machismo** y **sumisión** por lo que las mujeres se encuentran más insatisfechas con estas características a nivel personal que social, les gustaría ser más machistas y sumisas de lo que son en su ideal personal. Estos resultados coinciden con los encontrados por Lara (1993) quien ha observado que un pobre ajuste personal en el rol de género sumiso está relacionado con problemas de salud, asimismo González (2009) observó que las chicas con TCA, sobre todo las que presentan Anorexia tienen mayores discrepancias en el ajuste al rol de género personal justo en la escala de sumisión.

El hecho de que la discrepancia sea más grande en su ideal personal que en su prescripción social quizá sea porque dado que las características machistas son consideradas características de varones, cuando las mujeres desempeñan estas conductas son consideradas más negativas, así una mujer dominante,

arrogante, individualista y ambiciosa es reprobada y criticada por la sociedad, por lo que es posible que estas características no sean expresadas tal cual sino mediante conductas del tipo pasivo-agresivo, si bien no expreso mi dominancia explícitamente, tengo conductas infantiles consiguiendo el dominio.

Las discrepancias en el *ajuste al rol de género* fueron en la escala de **feminidad**, datos que no coinciden con los de Álvarez et al. (2000) quienes observaron que un pobre ajuste al rol de género en la escala de sumisión fue el que más se relaciono con TCA en pacientes clínicas y Bosques (2003) quien observo discrepancia en los roles de género machismo y sumisión estaba presente en personas con sintomatología de TCA. La feminidad es el rol que en mayor medida se ha relacionado con los TCA, en este caso, quizá las chicas se muestran un tanto confundidas sobre el grado de feminidad que la sociedad les pide, ya que en su ideal personal parecen estar conformes con sus características femeninas.

La categoría de masculinidad no mostró diferencias entre el ajuste personal al rol de género y el ajuste al rol de género, lo cual no coincide con Klingenspor (2002) quien había notado que el rol de género masculino está relacionado con la práctica de conductas bulímicas y Timko et al. (1987) quienes encontraron que las discrepancias entre el rol de género masculino predice a los TCA. La masculinidad es un rol muy valorado por la sociedad puesto que contiene características que tienden al éxito (Fernández & Reyes, 2006; Gil 2003; Miño-Worobiej, 2008, Montesinos, 2006; Rocha, 2000; Sharim, 2005; Stern, et al., 2003; Viedma 2003) por lo que las chicas se sienten satisfechas con las características masculinas que perciben de sí mismas, respecto al ideal personal y social.

5.6.2 Hombres

En el grupo de hombres, las mayores discrepancias en el *ajuste al rol de género personal* se localizaron en las escalas de **masculinidad** y **sumisión** por lo que los varones se encuentran más insatisfechos con estas

características en su personal que en su prescripción social, les gustaría ser más masculinos y sumisos de lo que son. Resultados que coinciden con los reportados por Klingenspor (2002) quien refiere que la baja autoestima y conductas bulímicas en hombres y mujeres están relacionados con insatisfacción en su rol de género masculino.

Es muy probable que los varones se muestren confundidos sobre el grado de masculinidad que la sociedad les pide, puesto que por un lado se ven invadidos ante el ideal de un hombre que se preocupa por su apariencia, es tierno y ayuda en las labores del hogar (De la Serna, 2003), ideal en el que no se menciona donde quedan sus rasgos masculinos. Por otro lado en la actualidad siguen teniendo un gran peso los ideales machistas (Fernández & Reyes, 2006; Gil 2003; Miño-Worobiej, 2008, Montesinos, 2006; Rocha, 2000; Sharim, 2005; Stern, et al., 2003; Viedma 2003) los cuales se caracterizan por el poder, por lo que es posible que el poder este siendo más valorado que los ideales proyectados en los medios de comunicación.

El que los chicos muestren discrepancias en su rol sumiso es posible que se deba a que no saben diferenciar entre las características positivas y negativas de la feminidad y se estén apropiado de características negativas omitiendo las positivas que son las deseables. Esto puede sugerir lo que Díaz-Loving, Rocha y Rivera (2004) comentan respecto a que tanto hombres como mujeres toman características positivas y negativas de la feminidad y masculinidad, por ejemplo los hombres, se apropian de características femeninas en su versión negativa, así son más chillones y sumisos y menos cariñosos y preocupados por otros que sería lo deseable.

Las mayores discrepancias en el *ajuste al rol de género* estuvieron en la **feminidad**, los chicos se perciben menos femeninos de lo que la sociedad les pide. La feminidad se ha relacionado con los TCA en hombres (Behar et al., 2002; Harvey & Robinson, 2003; Lakkis et al., 1999; Meyer et al., 2001), incluso McCabe y Ricciardelli (2004) mencionan que los hombres con un rol femenino están más insatisfechos por su peso que las mujeres con un rol de

género masculino. Contrario a lo que opinan (Daris, Dione & Lazarous, 1996) quienes consideran que la feminidad protege a los hombres de estas patologías.

Asimismo, algunos autores muestran que la discrepancia entre la percepción real e ideal social está relacionada en hombres y mujeres con miedo, inseguridad (Higgins, 1987), ansiedad, disfunción sexual (Katz & Farrow, 2000) enojo y resentimiento (Strauman & Higgins, 1988).

La categoría de machismo no mostro diferencias, lo que sugiere que los varones puntúan casi en el mismo nivel su ideal social con su ideal personal. Cabe destacar que las características machistas siguen siendo muy valoradas por la sociedad (Fernández & Reyes, 2006; Gil 2003; Miño-Worobiej, 2008, Montesinos, 2006; Rocha, 2000; Sharim, 2005; Stern, et al., 2003; Viedma 2003) además de que les otorga poder, por lo que es posible que los chicos no duden sobre estas característica. Sin embargo, como ya se ha mencionado este rol ha estado asociado con problemas de salud (Charry & Torres, 2006; Granados & Ortiz 2003; Lara, 1993; Stern et al., 2003).

Tanto hombres como mujeres se sienten inconformes con las características femeninas que la sociedad les pide, las mujeres creen que la sociedad las presiona para que sean más femeninas de lo que ellas consideran adecuado. Por lo que es posible que las jóvenes busquen esta feminidad que les hace falta cumpliendo con el ideal corporal delgado como una forma de ser tan femeninas como la sociedad les pide. Asimismo, los chicos se encuentran conformes a nivel personal con sus características femeninas, sin embargo creen que la sociedad les pide que deberían ser más femeninos, lo cual podría crear un conflicto en los hombres por el temor a ser considerados afeminados y que se dude de su hombría, por lo que es posible que muchos chicos aunque les guste desempeñar roles femeninos no los llevan a cabo por este miedo a ser considerados menos hombres.

5.7 AJUSTE PERSONAL AL ROL DE GÉNERO Y AJUSTE AL ROL DE GÉNERO ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

Tanto en el *ajuste personal al rol de género* y el ajuste al rol de género, los resultados muestran diferencias significativas en las escalas de **masculinidad** y **sumisión**. Las mayores discrepancias en la masculinidad y sumisión se observaron en las mujeres, les gustaría ser más masculinas y sumisas de lo que se perciben.

Estos resultados sugieren que quizá a las mujeres no les queda claro que tan masculinas y sumisas deben ser, reflejado en que, tanto en su ideal personal como prescripción social mostraron discrepancias. Lo cual puede ser explicado con el doble mensaje que se vive en la actualidad, si bien los medios de comunicación plasman la imagen de una mujer que combina roles masculinos y femeninos, también aun se siguen reforzando los roles tradicionales. Es evidente que los adolescentes se muestran confundidos con los roles que deben desempeñar y como mencionan varios autores (Miño-Worobiej, 2008, Montesinos, 2006; Sharim, 2005) los roles tradicionales y nuevos coexisten por lo que es comprensible la confusión entre estos.

Anteriormente ya se había hecho referencia a que la sumisión está relacionada con mala salud, ya que este rol implica negar las propias necesidades, dejarse humillar, reconocer más fácilmente el fracaso y la tristeza y abandonar los proyectos personales por los proyectos de los hijos o del esposo, lo cual puede ocasionar problemas de estima (Larraín et al., 2006), estrés, ansiedad y/o neurotismo (Granados & Ortiz, 2003), depresión y psicotismo (Lara, 1993), TCA (González, 2009) y pueden ser víctimas de violencia (Meras, 2005).

El rol masculino comprende características que son valoradas por la sociedad, para los hombres la masculinidad es algo esencial, aun hoy en día desde pequeños a los varones se les presiona para demostrar que si son hombres, por lo que es posible que el apagarse en extremo a un rol masculino pueden estar implicadas las conductas machistas o incluso representado en un cuerpo

que exalte la masculinidad mediante la masa muscular. Para la mujer, las características masculinas les han otorgado nuevas posibilidades en las que se puedan desempeñar y que las ha ayudado a ser más asertivas y darse cuenta de que son capaces de hacer lo mismo que un hombre. Este cambio de roles ha favorecido más a la mujer ya que ha aumentado los roles más valorados, sin embargo para el hombre, este cambio no ha sido alentador ya que los roles que ahora ellos pueden desempeñar, son los roles menos valorados.

En la actualidad los roles de género tradicionales y las nuevas propuestas de estos coexisten, incluso los roles tradicionales llegan a estar maquillados con aires de modernidad, lo cual puede observarse en que a pesar de que se espera que la mujer trabaje aun siguen siendo responsabilidad de ella: los hijos y el cuidado de la casa. Hoy en día la mujer profesionalista no es capaz de irse a un viaje de negocios sin que antes haya buscado con quien dejara a los niños y que comerán. Para el hombre el machismo aun sigue siendo una característica muy importante que los define, por ejemplo se sigue teniendo la creencia de que el hombre que tiene relaciones sexuales es más hombre que el que no.

El ajuste al rol de género es una medida importante ya que nos sirve para saber qué tanto los ideales de las personas distan de los roles que desempeñan en realidad.

Posteriormente se obtuvieron correlaciones entre los roles de género y las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación, los resultados son discutidos a continuación.

5.8 CORRELACIONES ENTRE EL ROL DE GÉNERO Y LAS CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA EL PESO Y LA ALIMENTACIÓN

Las conductas y actitudes hacia la alimentación que resultaron significativas para hombres y mujeres se presentaron divididas en las tres categorías estudiadas: auto-descripción, ideal personal y prescripción social.

5.8.1 Auto-descripción

La auto-descripción, que se refiere a las características que la persona considera desempeñar, correlacionó con los factores *dieta restrictiva* y *motivación para adelgazar* en hombres y en mujeres. En el grupo de mujeres la categoría dieta restrictiva correlacionó con la escala de **sumisión** a diferencia de los hombres que correlacionó con la escala de **feminidad**. Por lo que las chicas que se atribuyen más características sumisas y los chicos que se atribuyen más características femeninas pueden estar preocupados por el sobrepeso lo cual los puede llevar a la práctica de algunas conductas para lograrlo como dietas restrictivas y/o evitando alimentos considerados engordantes. Resultados que coinciden, en el caso de las mujeres con las investigaciones de quienes apuntan que los rasgos sumisos están relacionados con los TCA (Álvarez et al., 2000; Bosques, 2003; Cantelon et al., 1896; Cash et al., 1997; González, 2009; Lakkis et al., 1999). Un componente importante de la feminidad es la apariencia y a su vez la apariencia juega un papel muy importante dentro del rol de la mujer. Desde pequeña se le pide que este bien vestida, limpia y que muestre una buena apariencia hacia los demás (Díaz-Guerrero, 2005). Se cree que la mujer debe ser atractiva como símbolo de éxito ya que solo siendo delgada y atractiva tendrá el derecho de ejercer poder (Ballester & Guirado, 2004, citado en Guirado & Ballester, 2005; Unikel et al., 2002; De la Serna, 2002). Un cuerpo delgado no solo es más atractivo sino que se considera más femenino (Huon, 1996, citado en Unikel et al., 2002), la mujer es quien debe ser bella para gustarle al hombre y siendo delgada cree que será más elegida por los hombres (Gettelman & Thompson, 1993; Gil, 2003; Helga et al., 2000; Fries et al., 2008; McArthur et al., 2005; Prevos, 2005; Silva & Jiménez, 2008; Thomsen, 2002; Thompson & Psaltis, 1988; Viviani, 2006), idea asociada a un rol de género sumiso donde la belleza es necesaria para complacer a la pareja, creencia que a su vez está relacionada con los TCA (Thompson, 2002).

En el caso de los hombres, se ha observado que las características femeninas en estos están relacionados con sintomatología de TCA (Behar et al., 2002;

McCabe & Ricciardelli, 2004; Meyer et al., 2001). Incluso McCabe y Ricciardelli (2004) menciona que los hombres con un rol femenino están más insatisfechos por su peso que las mujeres con un rol de género masculino.

El factor *motivación para adelgazar* correlacionó en el caso de las mujeres con la escala de **machismo** al igual que en el grupo de hombres sólo que en ellos también correlacionó con la escala de **masculinidad** de forma positiva. Así las chicas que se atribuyen más características machistas y los chicos que se atribuyen más características machistas y/o masculinas pueden verse motivados a adelgazar realizando conductas como dietas y ejercicio que los pueden estar poniendo en riesgo para desarrollar un TCA. En el caso de las chicas ya se había encontrado la relación entre el rol de género machista y los TCA (González, 2009). Tanto en hombres como en mujeres es posible que el querer cumplir con un rol en extremo masculino los lleve a no diferenciar las características positivas de las negativas de la masculinidad por lo que se vean en la necesidad de apegarse tanto a un rol masculino que los lleve a ser machistas o que entiendan la masculinidad y feminidad como roles opuestos. Asimismo la imagen del súper hombre se ha asociado con la necesidad de cumplir en extremo el rol de masculinidad (McCabe & Ricciardelli 2004; Pope et al., 2000, citado en Labre 2002), por lo que es posible que muchos chicos se vean motivados por realizar conductas en riesgo que les permitan aparentar un rol de súper macho. Algunos autores mencionan que los hombres cada vez mas llevan a cabo conductas para bajar de peso, hace dietas, toman píldoras para bajar de peso (Ricciardell et al., 2007; Stein y Arbess, 2003), sobreestiman algunas partes de su cuerpo, tienen actitudes anormales con su alimentación y se encuentran motivados para adelgazar (Gila et al., 2005). Mientras que las mujeres hacen dietas, se laxan, vomitan y están preocupadas por engordar (Villatoro et al., 2007)

Por su parte, en el grupo de hombres la escala de *presión social* resulto asociada de forma positiva con la **sumisión**, a más características de esta escala las personas son más susceptibles a la *presión social* por aumentar su ingestión *la alimentación*. El rol de género sumiso ya se había asociado a la

práctica de conductas alimentarias anómalas, sin embargo sólo se cuenta con datos en población femenina (Álvarez et al., 2000; Bosques, 2003 y González, 2009; Lakkis et al., 1999).

Cabe destacar que algunos autores mencionan a la feminidad como rol responsable de estos trastornos, incluso en hombres (Behar et al., 2002; McCabe & Ricciardelli, 2004; Meyer et al., 2001), pero la mayor parte de estas investigaciones no se toman en cuenta los roles de género negativos.

La escala de *presión social* para aumentar su ingestión también correlacionó con la **masculinidad** aunque de manera negativa, asimismo a mayores características en esta escala hay menor susceptibilidad a la *presión social por la alimentación*. Resultados que conciden con algunos autores (Daris et al., 1996; Klingenspor, 1994; Meyer et al., 2000; Murmen & Smolak, 1997; Stick & Katz 1984) al señalar que el rol de masculinidad funciona como protector de estos trastornos, contrario a lo que creen Daris et al., (1996) quienes mencionan que para el hombre el rol de femineidad funciona como protector, datos que no coinciden con lo obtenido en esta investigación.

Otra de las categorías a las que se obtuvo correlaciones es el Ideal personal, categoría que se refiere a cómo una persona le gustaría ser, los resultados se muestran a continuación.

5.8.2 Ideal personal

En la categoría ideal personal (como me gustaría ser), el factor *preocupación por la comida* correlacionó negativamente con la escala de **feminidad** en ambos grupos, así *los* adolescentes que le atribuyen a su ideal personal más características femeninas se ven menos preocupados por la comida. A pesar de que la mayoría de investigaciones en población de mujeres (Álvarez et al., 2000; Behar et al., 2001, 2002; Bosques 2003; Brown et al., 1990; Cantelon et al., 1896; Murmen & Smolak, 1997; Meyer et al., 2001; Squires & Kagan, 1985; Srikameswaran et al., 1984; Tiggerman y Stevens, 1998; Timko et al.,

1987) y hombres (Behar et al., 2002; McCabe & Ricciardelli, 2004; Meyer et al., 2001) apuntan a culpar al rol de género femenino como patológico, los resultados obtenidos en este estudio contradicen la relación entre feminidad y TCA. Cabe destacar que en esta investigación se midieron componentes positivos y negativos de la feminidad y masculinidad, lo que nos deja claro la relación entre estos.

En el caso de las mujeres el idealizar características **sumisas** hace que estas se sientan más preocupadas por la comida, lo cual da cuenta de la asociación entre la conducta alimentaria dañina y el rol de sumisión (Álvarez et al., 2000; Bosques, 2003; González, 2009; Lakkis et al., 1999). Sin embargo en el caso de las mujeres pareciera que la feminidad juega un papel contradictorio, mientras las protege de la *preocupación por la comida* propicia la *presión social percibida* por aumentar su ingestión, ya que la feminidad correlacionó de forma positiva con la presión social por la alimentación. Por lo que es posible que algunas chicas no sepan diferenciar entre las características femeninas positivas y negativas apegándose al rol en extremo femenino.

En el grupo de hombres además de la categoría ya mencionada, resultaron significativos los factores *bulimia* y *motivación para adelgazar*. El factor bulimia correlacionó con la escala de machismo. Los hombres que atribuyen a su ideal personal más características machistas pueden verse involucrados en conductas purgativas. Resultados que coinciden con el aumento de esta conducta en los varones (Muisse et al., 2003; Valdez, 2007; Villatoro et al., 2007).

Mientras que, la escala *motivación para adelgazar* correlacionó con las escalas de masculinidad y machismo, así los hombres que le atribuyen más características masculinas y/o machistas a su ideal personal pueden estar motivados para estar en forma lo cual puede propiciar alguna conducta en riesgo como hacer ejercicio en exceso y apegarse a dietas insanas. Conducta caracterizada por un hombre que se preocupa por su apariencia física (De la Serna Pedro, 2004), busca exaltar su masculinidad (McCabe & Ricciardelli

2004; Pope et al., 2000, citado en Labre 2002), mediante el desarrollo de la masa muscular que está a su vez está asociada con características de una personalidad fuerte, feliz, útil, agresiva y poderosa (De la Serna Pedro, 2004). Así consiguen estas características a través de la apariencia física.

Asimismo la sobre-inscripción al rol femenino y masculino, el cual incluye características tanto positivas como negativas -sumisión y machismo-, también resulta estar relacionado con conductas alimentarias dañinas, en la auto-descripción y el ideal personal, en hombres y mujeres. Este resultado puede explicar cómo es que este sobre-inscripción ha llevado a hombres y a mujeres a utilizar su cuerpo como una forma de aparentar la masculinidad ante un cuerpo musculoso y la femineidad mediante la delgadez.

A pesar de que nos formamos ideales personales, la sociedad nos impone ciertos esquemas que se espera que se sigan. La prescripción social se refiere a la forma en la que creemos deberíamos ser dadas ciertas ideas acerca de hombres y mujeres. A continuación se muestran las relaciones entre el rol de género y la prescripción social.

5.8.3 Prescripción social

En la categoría de prescripción social, la *preocupación por la comida* correlacionó de manera positiva con la escala de sumisión en las mujeres y de forma negativa con la escala de femineidad en los hombres. Lo que sugiere que las mujeres que le atribuyen a su mujer ideal más características sumisas pueden estar preocupando por su alimentación, la sobreingestión y culpa después de la ingestión. Resultados que coinciden con (Álvarez et al., 2000; Bosques, 2003) quienes refieren que el rol de sumisión está presente en chicas con TCA y con chicas que presentan síntomas de TCA.

Mientras que los hombres que le atribuyen a su hombre ideal más características femeninas tienen menos pensamientos obsesivos respecto a la alimentación, sobreingestión y culpabilidad después de la ingestión. Lo anterior

sugiere que la feminidad actúa como protector de los TCA, así los chicos que idealizan más características femeninas en su ideal social, están más protegidos de desarrollar un TCA. Lo cual coincide con lo reportado por Daris et al., (1996) quienes mencionan que para el hombre el rol de femineidad funciona como protector. Pero que no coincide con lo reportado por (Behar et al., 2002; McCabe & Ricciardelli, 2004; Meyer et al., 2001) quienes apuntan a culpar al rol de género femenino como patológico para los TCA.

Por otro lado, el *factor presión social percibida* correlacionó con la feminidad en las mujeres y con la sumisión en los varones pero en estos la correlación fue negativa. Esto sugiere que las mujeres que le atribuyen más características femeninas a la mujer ideal pueden sentirse más presionadas para que aumenten su ingestión y su peso, sugiriendo que se niegan a comer. Resultados similares a los encontrados por Álvarez et al., (2000) quienes observaron que la feminidad está relacionada con la práctica de dietas. Por el contrario en el caso de los hombres que le atribuyen más características sumisas al hombre ideal se sienten menos presionados por la sociedad para que aumenten su ingestión y su peso, la sumisión funciona como protector. El que los hombres le atribuyan características sumisas a su ideal puede ser por estos nuevos ideales acerca de que el hombre debe ser tierno, cariñoso y ayudar en las labores del hogar (De la Serna Pedro, 2004) los confunde y exageran la feminidad hasta el punto de verla como sumisión, los hombres ven que el nuevo ideal es ser femeninos, pero pareciera que se fijan en las características negativas de esta. Ya Díaz-Loving et al. (2004) Mencionaban que tanto hombres como mujeres toman roles positivos y negativos y que los hombres justo comenzaban a cambiar su rol pero hacia el lado negativo, eran más chillones, sumisos y menos cariñosos y preocupados por otros que sería lo deseable.

En los varones se observó que existe correlación positiva en el factor *dieta restrictiva* con la categoría de machismo, sugiriendo que los hombres que atribuyen más características machistas a su hombre ideal pueden estar llevando a cabo conductas de evitación hacia alimentos considerados

engordantes. Al igual como puede estar pasando en la feminidad, los hombres se han empeñado en ser muy masculinos que no diferencian entre las características positivas y negativas de la masculinidad que terminan siendo más machos que masculinos.

La presión por la sociedad porque las mujeres tengan buena apariencia y que en consecuencia lleven a cabo conductas alimentarias anómalas puede verse reflejado en los ideales personales y sociales de las chicas, donde se muestra que la preocupación por lo que ingieren y la presión para que las chicas aumenten el consumo de alimentos o su peso está relacionado con roles positivos y negativos de la feminidad. A diferencia de los hombres, quienes se ven protegidos por los roles femeninos de estar preocupados por lo que ingieren y el sentirse presionados para que ingieran mayor cantidad de alimento o aumenten su peso.

Si bien las personas tienen ideales personales, ¿qué pasa con las percepciones que tienen de ellos mismos con respecto al sexo opuesto?

5.8.3.1 La mujer ideal de los varones y el hombre ideal de las mujeres

Cuando se les preguntó a hombres y mujeres sus percepciones acerca de la mujer ideal, las mujeres consideran que la *mujer ideal* debe ser más masculina, menos femenina y sumisa de lo que consideran los hombres. En cambio los hombres consideran que la mujer ideal debería ser más femenina y sumisa y menos masculina de lo que ellas consideran como ideal. Lo cual nos habla de que el hombre aun sigue esperando a una mujer tradicional, sumisa, dependiente, sacrificada y débil que se encargue de los labores del hogar y del cuidado de los hijos (Paramo, 2006), mientras que la mujer cree que debería ser más emprendedora (Lara, 1993), democrática, que tome decisiones, autosuficiente y que tenga un proyecto de vida propio (Paramo, 2006).

En cuanto al *hombre ideal* las mujeres consideran que el hombre ideal debe tener más características femeninas, menos características machistas y sumisas de lo que consideran los hombres. Los hombres consideran que el hombre ideal debería ser menos femenino, más machista y sumiso de lo que consideraron las chicas. Las chicas buscan un hombre que desempeñe más características femeninas (Lara, 1993), sin embargo, los hombres creen que quieren un hombre machista y sumiso, es posible que los hombres no diferencien entre los rasgos positivos y negativos de la feminidad, por lo que creen que las mujeres quieren a un hombre sumiso. Ya anteriormente se había hablado de que los hombres toman características negativas de la feminidad (Díaz-Loving et al., 2004), ignorando las positivas, que son las que buscan las chicas (Lara, 1993). Parece ser que, como menciona Rocha (2000) cuando los hombres están en etapa de conquista toman características positivas de la feminidad, se atribuyen características como amables, afectivos, tiernos, sin embargo pasada esta etapa se buscan los roles tradicionales (Díaz-Guerrero, 2005). Esta falsa creencia puede estar ocasionando problemas en las interacciones de la vida cotidiana ya que como menciona Rocha (2000) y Díaz-Guerrero (2005), los hombres durante la conquista se muestran muy flexibles y comprensivos pero cuando se casan la situación cambia y el esposo exige en la mujer características tradicionales.

Estos resultados coinciden con lo reportado por varios autores en cuanto a que tanto hombres como mujeres tienen ideas equivocadas sobre los sexos (Bergstrom & Neighbors, 2006), por lo que se están realizando conductas que no gustan y dañan la salud, tal es el caso de creer que entre más delgada (Gil, 2003; Jones et al., 2008; McArthur et al., 2005; Prevos, 2005; Silva & Jiménez, 2008; Thomsen, 2002; Viviani, 2006) o musculoso (Bergstrom et al., 2004; Demarest & Allen 2000; Forbes et al., 2001; Pope et al., 2000) soy más elegido seré por el sexo opuesto o que las personas que beben más alcohol son más atractivas (LaBrie et al., 2009). Asimismo hombres y mujeres están llevando a cabo conductas que ponen en riesgo su salud como el ser sumisos y machistas para agradar al otro.

Asimismo se ha observado que los hombres se muestran conformes con los nuevos roles solo de palabra, ya que cuando les toca desempeñar estos roles se muestran inconformes y regresan a los roles tradicionales (Miño-Worobiej, 2008; Sharim, 2005; Stern, et al., 2003). El cambio de roles sólo sumó posibilidades a las mujeres, mientras que a los hombres los puso en desventaja ya que, el que ellos realicen conductas consideradas femeninas los pone en un nivel subordinado (Sharim, 2005; Stern et al., 2003).

Por lo que es posible que los hombres no diferencien entre los rasgos positivos y negativos de la feminidad, lo que los lleve a creer que las mujeres quieren a un hombre más chillón, indeciso, cobarde, influenciado, retraído, características de sumisión. Y a su vez, es posible que las chicas estén reforzando estas conductas porque les parezca tierno que ellos puedan llorar y sentirse menos, puesto que un hombre tradicional no se comportaría así, además de que coloca a las mujeres en un rol en el cual pueden dominar al hombre.

Hombres y mujeres se muestran confundidos con los roles tradicionales y modernos, ambos coexisten, les gusta la idea de que podría ser diferente, sin embargo cuando les toca jugar estos nuevos roles, no los aceptan en su totalidad (Miño-Worobiej, 2008; Sharim, 2005), por ejemplo Sharim observó que la mujer pide al hombre que le ayude y cuando este lo hace lo critica, asumiendo que no es hábil para las labores consideradas del género femenino. García y López, (2006) observaron que hoy en día, incluso las mismas mujeres no se creen capaces de ser líderes de proyecto.

Es evidente que el cambio de roles ha provocado confusión y malestar en hombres y mujeres, y como menciona Miño-Worobiej, (2008) es importante para el ser humano saber qué es lo que se espera de él y adaptarse a lo considerado adecuado. Por lo que si esta idea es falsa, evidentemente se busca cumplir con un ideal que poco tiene que ver con la realidad y que puede estar generando problemas de salud.

Finalmente, es de vital importancia trabajar con los principales transmisores de los roles de género: padres de familia, instituciones como las escuelas, servicios de salud, a fin de que el sexo no sea determinante y limite las potencialidades humanas y que como menciona Álvarez-Gayou (2003) “antes de ser pertenecientes a un género seamos considerados seres humanos integrales” y así tener una vida más sana.

Capítulo 6. CONCLUSIONES

Los objetivos expuestos en esta investigación se cumplieron puesto que se describió el rol de género real, ideal personal y prescripción social de los adolescentes; se encontró relación entre el rol de género y con conductas y actitudes hacia la alimentación; se obtuvieron los ajustes al rol de género personal y al rol de género social y se encontraron diferencias entre los sexos respecto a la mujer ideal y hombre ideal.

Como pudimos observar, los adolescentes se mostraron interesados en tener más características masculinas y femeninas y menos machistas y sumisas, tratando de dar una buena imagen de sí mismos, exaltando las características positivas y minimizando las negativas. Las mujeres atribuyeron más características femeninas a su auto-percepción, ideal personal y prescripción social mientras que los hombres atribuyeron más características sumisas, masculinas y machistas a su auto-descripción, ideal personal y prescripción social.

Al comparar el ajuste personal al rol de género y el ajuste al rol de género, las mujeres se mostraron menos ajustadas en las escalas de machismo y sumisión, mientras que los hombres se mostraron menos ajustados en las escalas de masculinidad y sumisión en el ajuste personal al rol de género. En el ajuste al rol de género, tanto hombres como mujeres se mostraron poco ajustados en el rol de feminidad. Y comparando los resultados de ambos ajustes entre hombres y mujeres, las mujeres se sintieron menos ajustadas en el rol de masculinidad y sumisión.

Como se observó los roles de género negativos: sumisión y machismo, en la auto-descripción, ideal personal y prescripción social fueron los que más se relacionaron con las conductas y actitudes dañinas hacia la alimentación tanto en hombres como en mujeres.

Se observó que en los hombres la idealización de características femeninas funciona como protector para la realización de conductas alimentarias en riesgo, mientras que la auto-descripción supone riesgo para la realización de conductas alimentarias inadecuadas. En las mujeres el rol de género masculino tiene una función protectora puesto que no correlacionó con ninguna conducta alimentaria dañina.

Así también, los adolescentes están teniendo ideas equivocadas acerca de lo que el sexo opuesto quiere de ellos. Las mujeres creen que el hombre prefiere a una mujer con características masculinas, menos femeninas y sumisas, mientras que los hombres quieren a una mujer más femenina, machista y sumisa. Evidentemente los hombres siguen idealizando una mujer tradicional.

Así como las mujeres tienen ideas erróneas, los hombres tienen la creencia de que el hombre ideal debe ser menos femenino, más machista y sumiso, mientras que las chicas buscan a un hombre femenino, que no sea macho ni sumiso. Asimismo, los hombres creen que las mujeres buscan a un hombre machista y sumiso, características contradictorias.

6.1 SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Es fundamental que las investigaciones dónde se trabaje con los roles de género se utilicen instrumentos que diferencien entre los roles de género positivos y negativos ya que brindará un panorama más amplio de lo que sucede con los roles de género. La mayoría de la literatura que habla sobre los roles de género y su relación con los TCA apuntan a que el rol femenino es el culpable de estos trastornos, pero no se hace la distinción sobre que características son las que están propiciando la mala salud.

Los trastornos de la conducta alimentaria no son exclusivos de mujeres, por lo que hacer investigaciones con varones nos permitirá erradicar mitos y creencias acerca de ellos, para así poder contar con instrumentos estandarizados que nos permitan identificar a los varones que padecen de estos trastornos, así como crear planes preventivos y tratamientos eficaces

para ellos. Cabe destacar que en esta investigación se encontraron más correlaciones entre los roles de género y las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación en hombres que en mujeres lo que da pie a investigaciones posteriores con varones. En este estudio se podrían utilizar instrumentos exclusivos para hombres y quizá complementar con entrevistas.

También se deberían considerar el estudio de los roles de género auto-descritos, ideales personales y en su versión de prescripción social ya que la diferencia entre estos nos puede abrir un nuevo camino para la comprensión de estos trastornos.

Dados los resultados en esta investigación, sería conveniente que se trabajara con población en riesgo ya que puede ser que en estos los roles de género se comporten diferente que en personas con el trastorno ya instaurado, en personas con sintomatología y en personas con conductas y actitudes hacia la alimentación dañinas pero sin riesgo. Asimismo sería importante trabajar con personas recuperas de TCA para saber si al mejorar sus conductas alimentarias también cambiaron algunas ideas en cuanto al género.

Asimismo sería importante investigaciones con un mayor número de personas, en las que se observe que pasa con diversas variables como la edad, el nivel socioeconómico, orientación sexual, grado escolar, ocupación, entre otros.

REFERENCIAS

Adams, K., Sargent, R.G. Thompson, S. H., Ritchther, D., Corwinn, S.J. & Rogan, T.J. (2000). A study of body weight concerns and weight control practices of 4th and 7th grade adolescents. *Ethnicity & Health*, 5 (1), 79-94.

Andersen, S.M. & Bem, S.L. (1981). Sex typing and androgyny in dyadic interaction: individual differences in responsiveness to physical attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41 (1), 74-86.

Álvarez, G., Mancilla, J. M., Vázquez, R., Unikel, C., Caballero, A & Mercado, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders*, 9 (4), 243-248.

Álvarez, G., Vázquez, R., López, X., Bosques, L. E. & Mancilla J. M. (2000). Roles sexuales y sintomatología de trastornos alimentarios: Un estudio exploratorio. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala en: www.fedap.Es/congreso_santiago/trabajos/c112.htm.

Álvarez-Gayou, J. L. (2003). Percepciones y opiniones sobre la masculinidad y la feminidad. Los géneros y la escuela. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 9 (2), 159-189.

American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal Psychiatry*, 157, 1-39.

Andersen S. & Bem S. (1981). Sex typing and androgyny in dyadic Interaction: Individual differences in responsiveness to physical attractiveness. *Journal of personality and social psychology*, 41 (1), 74-86.

Bagci, A.T., Camur, D. & Güler. C. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49 (3), 661-666.

Baile, J.I, Monroy, K.E. & Garay, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (1), 161-169.

Berenzon, S., Medina-Mora, M.E. & Lara, M.A. (2003). Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. *Salud Mental*, 26 (5), 61-72.

Becker, A.E., Burwell, R.A., Gilman, S.E., Herzog D.B. & Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 180, 509-514.

Behar, R., De la Barrera, M., & Michelotti, J. (2001). Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 129 (9).

Behar, R., De la Barrera, M., & Michelotti, J. (2002). Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Revista Médica de Chile*, 130 (9).

Beltrán, N.B., Cornejo, B., Vizmanos, B., Hunnot C., & Unikel C. (2006). Conductas alimentarias de riesgo relacionadas con Obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal según el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2), en adolescentes. III Encuentro participación de la mujer en la ciencia. Disponible en: www.cio.mx/3_enc_mujer/files/extensos/.../S2-MCS19.doc

Bem, S. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (2), 155-162.

Bem, S. (1975). Sex role adaptability: one consequence of psychological androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31 (4), 634-643.

Bemporad, J.R. (1996). Self-Starvation through the ages: reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19 (3), 217-237.

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31(2), 155-163.

Bergstrom, R., Neighbors, C. & Lewis, M. (2004). Do Men find "bony" women attractive?: Consequences of misperceiving opposite sex perceptions of attractive. *Body Image*, 1, 183-191.

Bergstrom, R.L. & Neighbors, C. (2006). Body image disturbance and the social norms approach: an integrative review of the literature. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25 (9), 975-1000.

Bosques L. E. (2003). *Evaluación de la relación entre los roles de género y la sintomatología de trastorno alimentario*. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.

Burckle, M.A., Ryckman, R.M., Gold, J.A., Thornton, B. & Audeesse, R.J. (1999). Forms of competitive attitude and achievement orientation in relation to disordered eating. *Sex Roles*, 40 (11/12), 853-870.

Brown, J. A., Cross, H.J. & Nelson, J.M. (1990). Sex-Role identity and Sex-Role ideology in college women with bulimic behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (5), 571-575.

Cantelon, L.J., Leichner, P.P. & Harper, W.D. (1996). Sex role conflict in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (2), 317-323.

Cash, T.E., Ancis, J.R. & Strachan, M.S. (1997). Gender attitudes, feminist Identity, and body images among college women. *Sex Roles*, 36 (7/8), 433-447.

Catrina, B. & Karin, J. (1993). Why weight? Why women? Why now?. *Consuming Passions: Feminist approaches to weight preoccupation and Eating disorders*. Toronto: Second Story Press.

Carlat, D.J., Camargo, C.A. & Herzog, D.B. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Amerian Journal of Psychiatry*, 154, 1127-1132.

Corona, E. (2000). *¡Hablemos de salud sexual!: manual para profesionales de atención primaria de la salud, información, herramientas educativas y recursos*. Organización Panamericana de la Salud: Asociación Mexicana de Educación Sexual.

Cowman, G. & Ulman, J.B. (2006). Ingroup rejection among women: the role of personal inadequacy. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 399-409.

Charry, C.I. & Torres, J.L. (2006). Masculinidad, sexualidad y salud reproductiva en los jóvenes de la ciudad de México en: Montesinos R. (Comp.) *Masculinidades emergentes*. México: Porrúa.

Chinchilla, M.A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.

Crago, M., Yates, A., Fleisher, A. C., Segerstrom, B. & Gray, N. (1996). The superwoman ideal and other risk factors for eating disturbances in adolescent girls. *Sex Roles*, 35 (11/12).

Crispo R., Figueroa E. & Guelar D. (1998). *Anorexia y Bulimia lo que hay que saber: un mapa para recorrer un territorio trastornado*. España: Gedisa.

Daris, C., Dione, M. & Lazarous, L. (1996). Gender-Role orientation and body image in women and men: the moderating influence of neuroticism. *Sex Roles*, 34 (7/8), 493-505.

De la Serna P. I. (2004). Anorexia y Vigorexia. *Monografías de Psiquiatría*, 16 (2), 3-15.

De la Serna, P.I. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria en el varón: etiología y rasgos clínicos. *Psiquis*, 44 (4), 177-182.

Del Moral M. E. (2000). Los nuevos modelos de mujer y de hombre a través de la publicidad. *Comunicar*, 14, 2008-217.

Demarest, J. & Allen, R. (2000). Body image: gender, ethnic, and age differences. *Journal of Social Psychology*, 140 (4), 465-472.

Díaz-Guerrero R. (2005). *Psicología del Mexicano. Descubrimiento de la Etnopsicología*. México Trillas.

Díaz-Loving, R., Rocha, T.E. & Rivera, S. (2004). Elaboración, validación y estandarización de un instrumento para evaluar las dimensiones atributivas de instrumentalidad y expresividad. *Revista Interamericana de Psicología*, 38 (2) , 263-276.

Diccionario de la real academia española 22 edición. (2002). Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.

Dickerson, M. (2009). En México juventud y delgadez son requisitos para un empleo. Disponible en: <http://www.losrecursoshumanos.com/contenidos/994-en-mexico-juventud-y-delgadez-son-requisitos-para-un-empleo.html>.

Distefan, J.M., Gilpin, E.A., Sargent, J.D., & Pierce, J.P. (1999). Do favorite movie stars influence adolescent smoking?. *Preventive Medicine*, 28, 1-11.

Fernández, G. A. & Reyes, E. G. (2006). *Relación entre la percepción del rol de género asumido por jóvenes universitarios*. Tesis para obtener el título de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Fleiz, C., Ito, M.E., Medina-Mora, M.A. & Ramos, L. (2008). Los malestares masculinos: Narraciones de un grupo de varones adultos de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31, 381-390.

Forbes, G.B., Adams-Curtis, L.E., Rade, B., & Jaberg, P. (2001). Body dissatisfaction in women and men: the role of gender-typing and self-esteem. *Sex Roles*, 44 (7/8), 461-484.

Franko, D.L., Blais, M.A., Becker, A.E., Delinsky, S.S., Greenwood, D.N., Flores, A.T., Ekeblad, E.R., Eddy, K.T. & Herzog, D.B. (2001). Pregnancy Complications and Neonatal outcomes in women with eating disorders. *American Journal Psychiatry*, 158, 1461-1466.

Gamboa, L.A. (2007). Estudios de roles de género en estudiantes de psicología de instituciones públicas de educación superior. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

García-Camba, E. (2007). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: Elsevier Masson.

García, R. & López, E. (2006). Congruencia de rol de género y liderazgo: el papel de las atribuciones causales sobre el éxito y el fracaso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 245-257.

Gempeler, J. (2006). Trastornos de la alimentación en hombres: cuatro subtipos clínicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (3), 352-361.

Gettelman, T.E. & Thompson, J.K. (1993). Actual differences and stereotypical perceptions in body image and eating disturbance: A comparison of male and female heterosexual and homosexual samples. *Sex Roles*, 29 (7/8), 545-562.

Gianini, E. (2001). "Pistolas para el niño, muñecas para la niña" la influencia de los condicionamientos sociales en la formación del rol femenino en los primeros años de vida. *Educare, Perspectiva de Género*, 5 (13), 87-92.

Gil, G.L. (2003). *Estereotipos de género, masculino y femenino presentes en la publicación escrita: estudio de su influencia en la satisfacción de la imagen corporal en adolescentes hombres y mujeres*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Gila, A., Castro, J., Cesena, J. & Toro, J. (2005). Anorexia nervosa in male adolescents: body image, eating attitudes and psychological traits. *Journal of Adolescents Health*, 36, 221-226

González K. E. (2009). *Trastornos de la Alimentación y ajuste al rol de género*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Gorab, A. & Iñarrítu, M.C. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia*. Dirección General de Divulgación de la Ciencia. Universidad Nacional Autónoma de México.

Guibert, W., Prendes, M.C., González, R. & Valdés, E.M. (1999). Influencia en la salud del rol de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15 (1), 7-13.

Guirado, M.C. & Ballester, R. (2005). Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. *Anales de Psicología*, 21 (1), 58-65.

Granados, J. A. & Ortiz, L. (2003). Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 26 (1), 42-50.

Harvey J. A. & Robinson J.D. (2003). Eating Disorders in Men: Current Considerations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10 (4), 297-306.

Helga, D., Lioyd, B., Dugan, S. Halliwell, E., Jacobs. N., & Cramer, H. (2000). The "body beautiful": English adolescents' images of ideal bodies. *Sex Roles*, 42 (9/10), 887-915.

Herrera, S. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (6), 568-573.

Higgins, T.E. (1987). Self-Discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94 (3), 319-340.

Hoek (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389-394.

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2007). en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2000). XII Censo General de Población y Vivienda. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mrel12&s=est&c=9402>.

INSALUD. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades. En: <http://es.salut.conecta.it/pdf/TCA.pdf>.

Jansz, J. & Martis, R.G. (2007). The Lara Phenomenon: powerful female characters in video games. *Sex Roles*, 56, 141-148.

Jones, L. Fries, E. & Danish, S. (2008). Gender and ethnic differences in body image and opposite sex figure preferences of rural adolescents. *Body Image*, 4 (1), 103-108.

Katz, J. & Farrow, S. (2000). Discrepant sexual self-views. *Sex Roles*, 42, (9/10), 781-805.

Kimmel, H.D. (1974). Discrepancy between real-self and ideal-self as an index of social change. *Social Behavior and Personality*, 2 (1), 104-107.

Klingenspor, B. (2002). Gender-Related Self-Discrepancies and Bulimic Eating Behavior. *Sex Roles*, 47 (1/2), 51-64.

Krauskopof, D. (2003). Participación social y desarrollo en la Adolescencia. *Instituto Nacional de la Juventud*. Departamento de coordinación intersectorial. Costa Rica: Fondo de población de las naciones unidas.

Labre M. P. (2002). Adolescent boys and the muscular male body ideal. *Journal of Adolescent Health*, 30, 233-242.

LaBrie, J.W., Cail, J., Hummer, J.F., Lac, A. & Neighbors, C. (2009). What men want? : the role of reflective opposite-sex normative preferences in alcohol use among college women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23 (1), 157-162.

Lakkis, J. Ricciardelli, L.A. & Williams, R. J. (1999). Role of sexual orientation and gender-related traits in disordered eating. *Sex Roles*, 41 (1/2), 1- 16.

Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. Género y educación. *Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación*, 8.

Lamb, C.S., Jackson, L.A., Cassiday, P.B. & Priest, D.J. (1993). Body figure preferences of men and women: a comparison of two generations. *Sex Roles*, 28 (5/6), 345-358.

Lara, M. A. (1993). Inventario de masculinidad y feminidad. México: Manual Moderno.

Larraín, S., Bascuñan, C., Martínez, V., Hoecker, L. & González, D. (2006). Síntesis del estudio "Género y adolescentes infractores de ley". Servicio nacional de menores. Departamento de derechos y responsabilidad juvenil. Disponible en: http://www.sename.cl/wsename/otros/genero/Minuta_Estudio_Genero.pdf.

Lenz, K.L., dos Santos, M. & Piao, V. (2009). Trastornos alimentares e gestacao: uma revisao. *Journal Brazilian Psiquiatria*, 58 (1), 60-68.

Lora, C.I. & Saucedo, T.J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (3), 60-67.

Loya, B.N., Cowan, G. & Walters, C. (2006). The role of social comparison and body consciousness in women's hostility toward women. *Sex Roles*, 54, 575-583.

Lazzari, R., Fioravanti, M. & Gough, H. (1978). A new scale for the adjective check list based on self vs. ideal-self discrepancies. *Journal of Clinical Psychology*, (2), 361-365.

McArthur, L.H., Holbert, D. & Peña M. (2005). An exploratioan of the attitudinal and perceptual dimensions of body image among male and female adolescents from six Latin American cities. *Adolescence*, 40 (160), 801-816.

McCabe, M.P. & Ricciardelli, L.A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-685.

McCabe, M.P., Ricciardelli, L.A. & Rigge, D. (2006). Who thinks I need a perfect body? Perceptions and internal dialogue among adolescents about their bodies. *Sex Roles*, 55, 409-419.

Mancilla, J.M & Gómez-Peresmitré, G. (2006). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: Manual Moderno.

Márquez, S. (2008). Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*, 23 (3).

Markey, C.N. & Markey, P.M. (2005). Romantic relationships and body satisfaction among young women. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, (2), 271-279.

Martínez, G. (2006). *Las representaciones de los géneros en la construcción de los espacios público y privado*. Montesinos R. (Comp.) Masculinidades emergentes. México: Porrúa.

Matud, M.P. & Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*, 32 (1), 53-58.

Matud, M., Rodríguez, C., Marrero, R. & Carballera, M. (2002). *Psicología de género: Implicaciones en la vida cotidiana*. España: Biblioteca Nueva.

Mena P. (2006). *Masculinidad, roles y estereotipos de género en la percepción de la imagen corporal en anuncios publicitarios de revistas*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma México.

Méndez, J.P, Vázquez, V. & García, E. (2008). Aspectos clínicos: Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín de Medicina del Hospital Infantil de México*, 65, 579-592.

Meras, A. (2005). Prevención de la violencia de género en adolescentes. *Estudios de Juventud*, 62 (3), 143-150.

Maier, R.A. & Lavrakas, P.J. (1984). Attitudes toward women, personality rigidity, and idealized physique preferences in males. *Sex Roles*, 11 (5/5), 425-433.

Meyer, C., Blisset, J & Oldfield C. (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: The role of masculinity and femininity. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 314-318.

Miño-Worobiej, A. (2008). Imágenes de género y conductas sexual y reproductiva. *Salud Pública de México*, 50 (1), 17-31.

Monrroy, L. A. (2002). *Imagen y roles de la mujer en los comerciales televisivos*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Montesinos, R. (2006). La masculinidad en ciernes: resistencias y conflictos en la construcción social de una perspectiva urgente. Montesinos R. (Comp.). *Masculinidades emergentes*. México: Porrúa.

Moulding, N. (2006). Disciplining the feminine: the reproduction of gender contradictions in the mental health care of women with eating disorders. *Social Science & Medicine*, 62, 793-804.

Muise, A., Stein D.J. & Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health*, 33 (6), 427-435.

Mulford, M., Orbell, J., Shatto, C. & Stockard, J. (1998). Physical attractiveness, opportunity and success in everyday Exchange. *American Journal of Sociology*, 103 (6), 1565-1592.

Murmen, S.K. & Smolak, L. (1997). Feminity, masculinity, and disordered eating: Ameta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 231-242.

Myers, L.L. (1999). *The relationship between the super woman construct and eating disorder symptoms and body image dissatisfaction among graduate students, medical students and law students*. Faculty of Texas Teach University in Patial Fullment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy.

National Eating Disorders Association. (2006). Disponible en: www.nationaleatingdisorders.org.

National Institute on Drug Abuse. (2009). Los esteroides anabólicos-androgénicos. Disponible en: http://www.drugabuse.gov/PDF/Infofacts/Steroids09_Sp.pdf.

Navarro, E., Reig, A., Barberá, E. & Ferrer, R.I. (2006). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencias de género. *International Journal of Clinical and Healt Psychology*, 6 (1), 79-96.

Olivardia, R., Pope, H.G. & Hudson, J.I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157 (8), 1291-1296.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). Adelanto de la mujer. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>.

Papalia, D.E., Wendkos, S., & Duskin, R. (2005). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.

Paramo, T. (2006). Cultura machista e identidad social. Montesinos R (comp). *Masculinidades emergentes*. México: Porrúa.

Paxton, S.J. & Sculthorpe A. (1991). Disordered eating and sex role characteristics in young women: implications for sociocultural theories of disturbed eating. *Sex Roles*, 24 (9/10), 587-598.

Peláez, M.A., Labrador, F.J. & Raich, R.M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (2), 135-148.

Pérez, S., Vega, L.A. & Romero, G. (2007). Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿Una nueva percepción del cuerpo?. *Salud Pública de México*, 49, (1), 52-62.

Pritchard, M. (2008). Disordered eating in undergraduates: does gender role orientation influence men and women the same way?. *Sex Roles*, 59, 282-289.

Polivy J. & Herman P.(2002). Causes of Eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53.

Pope, H.G., Gruber, A.J., Mangweth, B., Bureau, B., Cole, C., Jouvent, R. & Judson, J.I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157 (8), 1297-1301.

Pope, H.G., Olivardia, R., Gruber, A. & Borowiecki, J. (1999). Envolving ideals of male body image as seen through action toys. *National Institute of Drug Abuse*, 65-72.

Prevos, P. (2005). Differences in body image between men and women. Psychology 1A course Monash University. Disponible en: http://prevos.net/ola/body_image.pdf.

Renaud, J.M & McConnell, A.R. (2007). Wanting to be better but thinking you can't: Implicit theories of personality moderate the impact of self-discrepancies on self-esteem. *Self and Identity*, 6, 41-50.

Rocha, T. E. (2000). *Roles de género en los adolescentes mexicanos y rasgos de masculinidad-feminidad*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ricciadelli, L.A., McCabe, M.P., Williams, R.J., & Thompson, J.K. (2007). The role of the ethnicity and cultura in body image and disordered eating among males. *Clinical Psychology Review*, 27 (5), 582-606.

Rodebaugh, T. L. & Donahue, K.L. (2007). Could you be more specific, please: self-discrepancies, affect, and variation in specificity and relevance. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (12), 1193-1207.

Rubin Gayle (1986). El tráfico de mujeres notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*, 8 (30), 95-145.

Sánchez-Bravo, C., Morales-Carmona, F., Carreño-Meléndez, J. & Martínez-Ramírez, S. (2005). Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Perinatal Reproduction Human*, 19 (3/4), 152-160.

Sawdon, A.M., Cooper, M. & Seabrook, R. (2007). The relationship between self-discrepancies, eating disorders and depressive symptoms in women. *European Eating Disorders Review*, 15, 207-212.

Schutt-Aine, J. & Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Sharim, D. (2005). La identidad de género en tiempos de cambio: una aproximación desde los relatos de vida. *Psyche*, 14 (2), 19-32.

Selvini P., Cirillo S. & Sorrentino A.M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. España: Paidós.

Silva G. C. & Jiménez B. E. (2008). ¿Los hombres las prefieren delgadas?. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 165-175.

Silva, C. (2001). *Caracterización de un grupo de pacientes con trastornos de la alimentación: estudio descriptivo*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Silva, C. (2006). *Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis de Maestría Universidad Nacional Autónoma de México.

Siverio, M.A., & García, M.D. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 23 (1), 41-48.

Silverstein, B., Shari, C., Perlick, D., & Perdue, L. (1990). Identity conflict and disordered eating among college women. *Sex Roles*, 23 (11/12), 687-695.

Squires, R.L. & Kagan, D.M. (1985). Sex role and eating behaviours among college women. *International Journal of Eating Disorders*, 4 (4), 539-548.

Srikameswaran, S., Leichner, P., & Harper, D. (1984). Sex role ideology among women with anorexia nerviosa and bulimia. *International Journal of Eating disorders*, 3 (3), 39-43.

Stern, C., Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño, MA. & Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45 (1), 34-43.

Shaffer, D.R. & Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México: Thomson.

Strauman, T. & Higgins, E.T. (1988). Self-discrepancies as predictors of vulnerability to distinct syndromes of chronic emotional distress. *Journal of Personality*, 56, 685-707.

Swami, V., Antonakopoulos, N., Tovée, M.J. & Furnham, A. (2006). A critical test of the waist-to-hip ratio hypothesis of women's physical attractiveness in Britain and Greece. *Sex Roles*, 54 (3/4), 201-211.

Tantleff-Dun, S. & Thompson, K. (2000). Breast and chest size satisfaction: relation to overall body image and self-esteem. *Eating Disorders*, 8, 241-246.

Thompson, S.R. (2002). Health and beauty magazine reading and body shape concerns among a group of college women. *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 79 (4).

Thompson, J.K. & Psaltis, K., (1988). Multiple aspects and correlates of body figure ratings: a replication and extension of Fallon and Rozin (1985). *International Journal of Eating Disorders*, 7 (6), 813-817.

Thornton, B., Leo, R. & Alberg, K. (1991). Gender role typing, the superwoman ideal, and the potential for eating disorders. *Sex Roles*, 25 (7/8), 469-484.

Tiggerman M. & Stevens, C. (1998). Weight concern across the life-span: relationship to self-esteem and feminist identity. *Journal of Eating Disorders*, 99, 103-106.

Timko, C., Striegel-Moore, R., Silberstein, L. & Rodin, J. (1987). Femininity/masculinity and disordered eating in women: How are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 6, 701-712.

Timothy, B., Carlston, D., Wood, J. & Wyatt, F.B. (2007). Preadolescent male perceptions of action figure physiques. *Journal of Adolescents Health*, 41, 613-615.

Tinahones F. J. (2005). *Anorexia y Bulimia una experiencia clínica*. España: Díaz de Santos.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia y bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2009). Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes. *Humanitas. Humanidades Médicas*, 38.
- Unikel C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25 (2), 49-57.
- Unikel, C., Bojórquez, I. & Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública en México*, 46, 509-515.
- Unikel-Santoncini C., Bojórquez-Chapela I., Villatoro-Velázquez J., Fleiz-Bautista C., Medina- Mora M. E. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58 (1): 15-27.
- Unikel, C. & Gómez, G. (2004). Validación de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 21 (1), 38-49.
- Valdez, V. (2007). *"Evaluación de las propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT) en varones mexicanos"*. Tesis de licenciatura. UNAM. Facultad de estudios superiores Iztacala.
- Van, G.E., Van, D., Bartelds, A.I.M., Van, E.F. & Hoek, H.W. (2006). Urbanisation and the incidence of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 189, 562-563.
- Verde, E., Gallardo, G., Copean, S., Tamez, S. & Ortiz-Hernández, L. (2007). Motivos de elección de carrera en mujeres estudiantes de profesiones de la salud. *Educación Médica*, 10 (1), 44-51.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytan, L., Gaytan, F., Amador, N. & Medina-Mora, M.E. (2007). Encuesta de consumo de drogas en estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. D.F.
- Viedma, M. (2003). Manual de publicidad administrativa no sexista. Malaga: Asociación de estudios históricos sobre la mujer.
- Vincent M.A. & McCabe M.A. (2000). Gender differences among adolescents in family and peer influences on body dissatisfaction weight loss and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (2), 205-221.
- Viviani, F. (2006). Some aspects of the body image and self-perception in adolescents. *Papers on Anthropology*, 15, 302-309.

Wade, T.J. & Abetz, H. (1997). Social cognition and evolutionary psychology: physical attractiveness and contrast effects on women's self-perceived body image. *International Journal of Psychology*, 32 (1), 35-42.

Worell, J. & Todd, J. (1996). Development of the Gendered Self en: Smolak, L., Levine, M. & Striegel R. (Comp.) *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention and treatment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Wylie, R.C. (1957). Some relationships between defensiveness and self-concept discrepancies. *Journal of Personality*, 25 (5), 600-616.

Zandian M., Ioakimidis, I., Bergh, C., Södersten, P. (2007). Cause and treatment of anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*, 92, 283-290.

ANEXO 1

Edad: ____ Sexo: F ____ M ____ Peso: ____ Altura: ____

Vivo con: a) Mamá y papá b) Sólo con mamá c) Sólo con papá d) otro: _____

La mayoría de mis hermanos con los que vivo son: a) hombres b) mujeres

c) la misma cantidad de hombres que de mujeres

A continuación encontrará una lista de palabras que describen formas de ser de las personas, por ejemplo: racional, cariñoso, flojo.

Le voy a pedir que utilice esas palabras para autodescribirse, para describir a las mujeres y hombres, así como describir a su mujer y hombre ideal. Esto es, a cada palabra le pondrá un número entre uno y siete, según qué tan bien crea que describe su manera de ser, la manera de ser de las mujeres y hombres, al igual que la manera de ser de su mujer y hombre ideal.

Estos números del uno al siete significan lo siguiente:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca o casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	La mitad de las veces	A menudo	Muchas veces	Siempre o casi siempre

Por ejemplo:

	Así soy	Así quisiera ser	La mujer ideal debe ser	La mujer es	El hombre ideal debe ser	El hombre es
Flojo (a)	7	3	1	3	1	4

Esto significa que:

- Soy flojo siempre o casi siempre, pero me gustaría ser flojo solo algunas veces.
- Además de que creo que la mujer ideal nunca debe ser floja, aunque sea algunas veces floja.
- También creo que el hombre ideal nunca debe ser flojo, aunque el hombre es la mitad de las veces flojo.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca o casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	La mitad de las veces	A menudo	Muchas veces	Siempre o casi siempre

		Así soy	Así quisiera ser	La mujer ideal debe ser	La mujer es	El hombre ideal debe ser	El hombre es
01	Seguro (a) de mi mismo (a)						
02	Afectuoso (a)						
03	Enérgico (a)						
04	Conformista						
05	Me comporto confiado (a) de los demás						
06	Compasivo (a)						
07	Dominante						
08	Simplista						
09	Analítico (a)						
10	Sensible a las necesidades de los demás						
11	Individualista						
12	Sumiso (a)						
13	Hábil para dirigir						
14	Comprensivo (a)						
15	Ambicioso (a)						

1	2	3	4	5	6	7
Nunca o casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	La mitad de las veces	A menudo	Muchas veces	Siempre o casi siempre

		Así soy	Así quisiera ser	La mujer ideal debe ser	La mujer es	El hombre ideal debe ser	El hombre es
16	Incapaz de planear						
17	Tomo (a) decisiones con facilidad						
18	Caritativo (a)						
19	Arrogante						
20	Indeciso (a)						
21	Dispuesto (a) a arriesgarme						
22	Deseoso (a) de consolar al que se siente lastimado						
23	Agresivo (a)						
24	De personalidad débil						
25	Autosuficiente						
26	Cariñoso (a)						
27	Uso malas palabras						
28	Inseguro (a) de mi mismo (a)						

1	2	3	4	5	6	7
Nunca o casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	La mitad de las veces	A menudo	Muchas veces	Siempre o casi siempre

		Así soy	Así quisiera ser	La mujer ideal debe ser	La mujer es	El hombre ideal debe ser	El hombre es
29	Independiente						
30	Amigable						
31	Materialista						
32	Pasivo (a)						
33	Competitivo (a)						
34	Tierno (a)						
35	Autoritario (a)						
36	Resignado (a)						
37	Atlético (a)						
38	Dulce						
39	Egoísta						
40	Cobarde						
41	Racional						
42	Me gustan los niños						
43	Rudo (a)						
44	Dependiente						
45	Maduro (a)						

1	2	3	4	5	6	7
Nunca o casi nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	La mitad de las veces	A menudo	Muchas veces	Siempre o casi siempre

		Así soy	Así quisiera ser	La mujer ideal debe ser	La mujer es	El hombre ideal debe ser	El hombre es
45	Maduro (a)						
46	De voz suave						
47	Incomprensivo						
48	Influenciable						
49	Valiente						
50	Generoso (a)						
51	Frío (a)						
52	No me gusta arriesgarme						
53	Reflexivo (a)						
54	Espiritual						
55	De voz fuerte						
56	Retraído						
57	De personalidad fuerte						
58	Cooperador (a)						
59	Malo (a)						
60	Tímido (a)						

ANEXO 2

Esta lista de frases hace referencia a tus hábitos de alimentación. Sólo tienes que marcar en los cuadros de la derecha la respuesta que corresponde a lo que sueles hacer.

EJEMPLO:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
Como más de tres veces al día	X					
Cuando como prefiero hacerlo viendo la televisión				X		

Esto quiere decir que jamás comes más de tres veces al día, y que con mucha frecuencia comes frente a la televisión.

Puedes empezar

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
01	Me gusta comer con otras personas.						
02	Preparo comida para otros, pero yo no me la como.						
03	Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas.						
04	Me da mucho miedo pesar demasiado.						
05	Procuro no comer aunque tenga hambre.						
06	Me preocupó mucho por la comida.						
07	A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
08	Corto mis alimentos en trozos pequeños.						

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
09	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10	Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos (p. ej. Pan, arroz, papa).						
11	Me siento llena después de las comidas.						
12	Noto que los demás preferirían que yo comiera más.						
13	Vomito después de haber comido.						
14	Me siento muy culpable después de comer.						
15	Me preocupa el deseo de estar más delgada.						
16	Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17	Me peso varias veces al día.						
18	Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19	Disfruto comiendo carne.						
20	Me levanto pronto por las mañanas.						
21	Cada día como los mismos alimentos.						
22	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23	Tengo la menstruación regular.						
24	Los demás piensan que estoy demasiado delgada.						

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
25	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26	Tardo en comer más que otras personas.						
27	Disfruto comiendo en restaurantes.						
28	Tomo laxantes (purgantes).						
29	Procuro no comer alimentos con azúcar.						
30	Como alimentos dietéticos.						
31	Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32	Me controlo en las comidas.						
33	Noto que los demás me presionan para que coma.						
34	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35	Tengo estreñimiento.						
36	Me siento incómoda después de comer dulces.						
37	Me comprometo a hacer dietas.						
38	Me gusta sentir el estómago vacío.						
39	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40	Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						