



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
(CAMPO DE CONOCIMIENTO: SALUD)

EFFECTO DE LA ADHESIÓN A LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO SOBRE LA
SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO
ALIMENTARIO Y DISMORFIA MUSCULAR:
IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES MEDIADORAS

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
LILIÁN ELIZABETH BOSQUES BRUGADA

TUTORA PRINCIPAL

DRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

DRA. OLIVIA TENA GUERRERO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA, UNAM

DR. IGNACIO MÉNDEZ RAMÍREZ
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA, UNAM

DRA. CECILIA GUADALUPE SILVA GUTIÉRREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MÉXICO, D. F., MAYO DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

He peleado hasta el fin el buen combate,

concluí mi carrera,

conservé la fé

.

2Tim, 4, 7

*Dedico este trabajo a mis padres Fernando y Julia,
a mis hermanas Paty y Lupita,
y a mi persona favorita, mi sobrina Ana Julia,
con todo mi amor y gratitud.*

Primeramente, doy gracias a Dios por concederme concluir este proyecto académico y de vida. A mi familia, mis padres Fernando y Julia, mis hermanas Lupita y Paty, y a mi sobrinita Ana Julia, de todo corazón gracias infinitas por su bendito cariño y apoyo siempre incondicional, no tendré forma de retribuirles todo lo que han hecho por mí. A las familias Bosques y Brugada de quienes no he recibido más que muestras de amor e impulso en todo momento. Y a todas mis amistades quienes han permanecido a mi lado alentándome y ayudándome constantemente.

También agradezco enormemente a la Universidad Nacional Autónoma de México, mi Alma Mater, nuestra máxima casa de estudios, definitivamente mi vida no hubiera sido lo mismo de no haber tenido la oportunidad de estudiar en tan prestigiosa institución y en donde tuve la fortuna de conocer a mis formadores. A mis tutora, Dra. Gina Álvarez con todo cariño y admiración, te estaré eternamente agradecida por todo lo que has hecho por mí, por tus enseñanzas, tu inagotable paciencia y tolerancia, por tu guía y consejos pero sobre todo por tu amistad. Al Dr. Juan Manuel Mancilla, profesor que, desde la licenciatura, me abrió paso a este maravilloso mundo de la investigación y al apasionante estudio de la imagen corporal y el comportamiento alimentario, gracias por todo tu apoyo, por compartirnos tus conocimientos, por tus acertadas y oportunas observaciones. A mi comité tutor, Dra. Olivia Tena, Dr. Ignacio Méndez y Dra. Cecilia Silva por todas sus enseñanzas y aportaciones. A mis estimadas “three musketeers” Ady, Mayaro y Lety, hermosa complicidad en el trayecto. Y a todos los que forman parte del Proyecto de Investigación en Nutrición, especialmente a Vero, Trini, Xóchitl, Karina Franco y Erik, gracias por todas sus gentilezas.

De igual forma, agradezco a la Universidad Autónoma del Estado de México, loable institución en la que también he tenido la dicha de irme forjando en el arte de la docencia y en el emprendimiento de proyectos de investigación, además de que he tenido la dicha de conocer personas sumamente profesionales y de quienes he recibido bastante soporte. Especialmente a los Dres. Consuelo Escoto y Jaime Camacho, muchísimas gracias por la confianza que han depositado en mí, por todas sus enseñanzas, sus muestras de cariño, por su consejo, apoyo y amistad, gracias a ustedes y a su apreciable familia. A los Mtros. Cuauhtémoc Hidalgo y Alejandra Morales, a los Dres. Rodolfo Zolá y Ezequiel Molinar, gracias por los momentos compartidos y por su respaldo. A Mary y Brenda, gracias chicas. A todos mis compañeros de trabajo, personal académico y administrativo. Y mención especial también a mis tesisas y alumnos en general de quienes he aprendido tanto.

A todos ustedes, muchas gracias con toda estimación y respeto. Las palabras se quedan cortas y nunca alcanzarán a expresar lo que desde el alma les agradezco tanto.

“Por mi raza hablará el espíritu”

El presente proyecto fue realizado gracias al apoyo recibido por parte del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) con la beca número 223197 para la realización de estudios de posgrado en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México con certificado de competencia internacional.

Igualmente, la realización de este trabajo ha sido parcialmente financiado por los programas: UNAM-DGAPA-PAPIIT IN305912 y CONACyT 131865-H otorgados al Proyecto de Investigación en Nutrición, FES-Iztacala, UNAM.

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Antecedentes	9
1. Teoría sociocultural de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA)	9
2. Adhesión a los estereotipos de género y TCA	11
3. Revisión sistemática de estudios sobre TCA y roles estereotipados de género	23
4. Investigación sobre TCA y adhesión a los estereotipos de género en el ámbito nacional	29
5. Teoría sociocultural de la dismorfia muscular (DM)	31
6. Adhesión a los estereotipos de género y DM	34
7. Revisión sistemática de estudios sobre DM y roles esterotipados de género	37
8. Investigación sobre DM y adhesión a los estereotipos de género en el ámbito nacional	39
Planteamiento del problema	41
Pregunta de investigación	41
Objetivos	42
Modelos hipotéticos	43
Método	46
Resultados	56
Análisis descriptivos	56
Modelamiento por ecuaciones estructurales	64
Predicción de la sintomatología de TCA	64

Predicción de la sintomatología de DM	73
Discusión	82
Conclusiones	93
Limitaciones y propuestas para futuras investigaciones	99
Referencias	102
Anexos	130
Anexo 1. Propiedades psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg	131
Anexo 2. Definiciones conceptuales y operacionales de los constructos y variables	140

Resumen

A la adhesión a los estereotipos de género, en conjugación con otros factores de vulnerabilidad psicológica, se le ha considerado un constructo clave en la comprensión del desarrollo de aquellas psicopatologías a las que les subyace una alteración en la imagen corporal, como son los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y la dismorfia muscular (DM). Por tanto, el objetivo del presente estudio fue evaluar la participación de la adhesión a los estereotipos de género y de algunos aspectos de desajuste psicológico en la predicción de la sintomatología de TCA y de DM. Participaron 315 estudiantes universitarios, 164 mujeres y 151 varones, de entre 17 y 34 años de edad ($M = 20.68$, $DE = 2.59$). Los participantes contestaron una batería de evaluación que incluyó medidas de masculinidad, feminidad, ansiedad, depresión, autoestima, sintomatología de TCA y de DM. En primera instancia, se llevó a cabo el análisis de tres modelos de ecuaciones estructurales, los cuales mostraron un ajuste adecuado para la predicción de la sintomatología de TCA, siendo: muestra total ($R^2 = .29$; $\chi^2 = 68.77$, $gl = 52$, $p = .06$), mujeres ($R^2 = .31$; $\chi^2 = 84.41$, $gl = 66$, $p = .06$) y varones ($R^2 = .19$; $\chi^2 = 66.30$, $gl = 51$, $p = .07$); los tres con índices de bondad de ajuste (NNFI, CFI y GFI) mayores a .94 y RMSEA menor a .04. Respecto a los efectos predictivos directos, en las mujeres destacó el efecto positivo de la feminidad (autodescriptiva y discrepancia) y el desajuste psicológico, así como el negativo de la discrepancia en masculinidad; contrariamente, en los varones únicamente destacó el efecto predictivo positivo del desajuste psicológico. Posteriormente se realizó el análisis de tres modelos para la predicción de sintomatología de DM, los cuales mostraron un ajuste adecuado en: muestra total ($R^2 = .12$, $\chi^2 = 44.18$, $gl = 31$, $p = .06$), mujeres ($R^2 = .09$, $\chi^2 = 45.59$, $gl = 32$, $p = .06$) y varones ($R^2 = .28$, $\chi^2 = 43.95$, $gl = 31$, $p = .06$); todos con índices de bondad de ajuste (NNFI, CFI y GFI) mayores a .95 y RMSEA menores a .05. En estos tres modelos, se observaron efectos predictivos directos positivos de masculinidad (autodescriptiva y de discrepancia) así como de desajuste psicológico; además este último mostró un efecto mediador predictivo entre los constructos de estereotipos de género y la sintomatología de DM. En general, los hallazgos de este estudio fundamentan la participación de la adhesión a los estereotipos de género en la predicción de la sintomatología de los TCA y de la DM, así como la participación mediadora de las variables de ajuste psicológico. No obstante, se discuten las particularidades encontradas en función del tipo de sintomatología y del sexo de los participantes.

Palabras clave: Trastornos del comportamiento alimentario, dismorfia muscular, estereotipos de género, desajuste psicológico, modelamiento por ecuaciones estructurales.

Abstract

Adherence of gender stereotypes, in conjunction with other factors of psychological vulnerability, has been considered a key construct to understand the development of those psychopathologies to which underlies an alteration in body image, such as eating disorders (ED) and muscle dysmorphia (MD). Therefore, the aim of this study was to evaluate the participation of the adherence to gender stereotypes and some aspects of psychological disadjustment to predict ED and DM symptoms. Participated 315 undergraduate students, 164 women and 151 men, aged between 17 and 34 years ($M = 20.68$, $SD = 2.59$). Participants completed a battery of evaluation that included measures of masculinity, femininity, anxiety, depression, self-esteem, symptomatology of ED and DM. At first instance, analysis of three structural equation models were conducted, which showed an adequate fit for the prediction of the symptomatology of ED, being: total sample $R^2 = .29$; $\chi^2 = 68.77$, $gl = 52$, $p = .06$), women ($R^2 = .31$; $\chi^2 = 84.41$, $gl = 66$, $p = .06$) and men ($R^2 = .19$; $\chi^2 = 66.30$, $gl = 51$, $p = .07$); the three indices of goodness of fit (NNFI, CFI and GFI) greater than .94 and RMSEA less than .04. Regarding the direct predictive effects in women highlighted the positive effect of femininity (self-descriptive and discrepancy) and psychological disadjustment as well as the negative masculinity discrepancy; in contrast, in men only highlighted the positive predictive effect of psychological disadjustment. Subsequently, analysis of three models to predict DM symptomatology were performed, which showed an adequate adjustment: total sample ($R^2 = .12$, $\chi^2 = 44.18$, $gl = 31$, $p = .06$), women ($R^2 = .09$, $\chi^2 = 45.59$, $gl = 32$, $p = .06$) and men ($R^2 = .28$, $\chi^2 = 43.95$, $gl = 31$, $p = .06$); all indices of goodness of fit (NNFI, CFI and GFI) greater than .95 and RMSEA less than .05. In all three models, positive and direct predictive effects of masculinity (self-descriptive and discrepancy) as well as psychological disadjustment were observed; the latter/this last also showed a predictive mediator effect between the constructs of gender stereotypes and DM symptomatology. In general, the findings of this study underlying the participation of gender stereotypes adherence to predict ED and DM symptomatology, as well as the mediator participation of psychological disadjustment variables. However, the peculiarities found in the type of symptomatology and the sex of participants are discussed.

Keywords: Eating disorders, muscle dysmorphia, gender stereotypes, psychological disadjustment, structural equation models.

Introducción

La presión social en cuanto al cumplimiento del ideal de esbeltez, vía la imagen corporal negativa, se considera un agente preponderante en el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario ([TCA]; Jacobi, 2005; Nasser, 2010; Shisslak & Crago, 2001; Stice, 2002a, 2002b), los cuales se definen como “procesos psicopatológicos que conllevan grandes anormalidades en las actitudes y comportamientos, respecto de la ingestión de alimentos” (Mancilla et al., 2006, p. 123).

El papel etiológico de la presión sociocultural en las conductas alimentarias anómalas y los TCA ha sido corroborado en Latinoamérica (Caqueo-Urizar et al., 2011; Darnall, Smith, Craighead, & Lamounier 1999; Vander Wal, Gibbons, & Grazioso, 2008), y más específicamente en México (Amaya et al., 2013; Franco, Díaz, López-Espinoza, Escoto, & Camacho, 2013; Saucedo-Molina & Pérez-Mitré, 2004; Unikel, Aguilar, & Gómez-Peresmitré, 2005; Vázquez et al., 2005). Esto particularmente entre la mujeres, en quienes históricamente se ha ejercido mayor presión social en cuanto a la deseabilidad de la delgadez (Toro, 1996). De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5, por sus siglas en inglés; American Psychiatric Association [APA], 2013), se presenta una acentuada diferencia por sexo respecto a la prevalencia de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), pues de cada 10 casos identificados, nueve corresponden a mujeres, por tan sólo un varón.

No obstante, se ha argumentado ampliamente que en la actualidad los hombres no son ajenos a la presión sociocultural que promueve la deseabilidad de ajustarse a los ideales corporales. Esto ha llevado a que en la última década se haya buscado profundizar en el estudio de la imagen corporal de los varones, constatándose que

estos también están sujetos a la interiorización de los ideales estéticos corporales (Bradley & Reilly, 2014; Calogero & Thompson, 2010; Cohane & Pope, 2001; Grogan, 2008; McCabe & Ricciardelli, 2004). Pero en los varones dicha interiorización puede no sólo reflejarse en preocupación mórbida en cuanto al adelgazamiento, conducente al desarrollo de un TCA (Dakanalis & Riva, 2013; Harvey & Robinson, 2003; Jones & Morgan, 2010; Weltzin et al., 2005; Woodside, 2002), sino —principalmente— en aquella preocupación resultado de la percepción de no poseer el suficiente tono o masa muscular (Alvarez, Escoto, Vázquez, Cerero, & Mancilla, 2009; Dakanalis & Riva, 2013; Gray & Ginsberg, 2007; McCreary, 2011; Olivardia, 2007; Specte & Wiss, 2014), lo que puede derivar en el desarrollo de una psicopatología hasta hace poco configurada, que es la dismorfia muscular (DM), misma que recientemente fue incluida en el DSM-5 (APA, 2013).

La prevalencia de DM en población general es aún desconocida, sin embargo se ha estimado que en Estados Unidos al menos 500,000 personas pueden estar presentando el trastorno (Olivardia, 2001). Por sexo, se ha sugerido que los varones tienen un riesgo al menos 10 veces mayor que las mujeres para desarrollar la sintomatología de DM (Barrientos, Escoto, Bosques, Enríquez, & Juárez, 2014; Larios, Alvarez, Escoto, Franco, & Mancilla, 2009; Pope, Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips, 1997; Pope, Olivardia, Gruber, & Borowiecki, 1999); por tanto, resulta evidente que la vulnerabilidad a desarrollar estas psicopatologías, ya sea TCA o DM, está estrechamente ligada al sexo de la persona.

Además, se ha observado que la DM se vincula a variables igualmente asociadas a los TCA, más específicamente la AN y la BN (Alvarez, Escoto, Vázquez et al. 2009; Brower, 2011; Castro, Cachón, Molero, & Zagalaz, 2013; Grieve, 2007;

Murray, Rieger, Karlov, & Touyz, 2013; Specte & Wiss, 2014), particularmente en cuanto a: interiorización de ideales corporales, alteración de la imagen corporal (tanto en términos de distorsión como de insatisfacción), baja autoestima, perfeccionismo, así como en el empleo de métodos extremos para modificar el peso o la forma corporal.

Pero más allá de ubicar la problemática de los TCA y la DM en la mera atribución de diferencias por sexo, en términos de aquellas características morfolofisiológicas específicas que distinguen a hombres y mujeres, y que en la investigación empírica suele operativizarse como una variable dicotómica y excluyente (Barberá, 1998), la presente investigación pretendió ir más allá, incorporando lo relativo al *género*.

Scott (1988) advierte que el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, y que si bien se basa en la diferenciación entre los sexos (hombre/mujer), supone además una forma primaria de significar las relaciones desiguales de poder. Por tanto, señala Harding (1986, como se citó en Hawkesworth, 1999), el constructo género debe entenderse como una categoría analítica para comprender cómo los seres piensan y organizan su actividad social, pero nunca como una mera consecuencia natural de la diferenciación entre sexos. En este contexto, el *sistema sexo/género*, que se define como "el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas" (Rubin, 1986, p.97), formaliza la demarcación teórica y empírica que posibilita la consideración de los conceptos sexo y género como indisolublemente unidos, en tanto que son productos de un proceso de construcción psicosocial (Martínez & Bonilla, 2000).

Al respecto, Smith (1992) señala que si bien el referente primario que delimita quién es hombre y quién es mujer corresponde a la genitalidad, en términos de macho-hembra, el inmediato referente corresponde a la “corporeidad”, la cual se decodifica a partir de los preceptos sociales que estipulan no sólo qué cuenta como un cuerpo de hombre o de mujer, sino además cómo será la vida en un cuerpo de hombre/mujer en relación con otros cuerpos, así como qué normas de carácter y conducta deben asociarse a esos cuerpos, para entonces poder “definir” quién es hombre y quién mujer. Porque, sin duda, la cultura ha asumido la tarea de moldear la naturaleza humana y, por ello, su necesidad y objetivo de enfatizar su propia construcción de lo que está “naturalmente dado”, al marcar las diferenciaciones sexuales a través del lenguaje, el carácter y los papeles o roles.

De esta forma, tanto en la atribución de género (la que se hace sobre otra persona) como en la propia identidad de género (a partir de la cual se autodefine o se asume una persona) influyen los *esquemas de género*, los cuales son las estructuras de conocimiento acerca de los sexos, de los géneros y de sus características, mismas que actúan como pautas del pensamiento y del comportamiento (Bem, 1981b; Markus, Crane, Berstein, & Siladi, 1982; Martin & Halverson, 1981; Martin, 2000); no obstante, Martin, Ruble y Szkrybalo (2002) puntualizan que dichos esquemas deben entenderse como estructuras activas, en medida que pueden variar en función de la cultura y la experiencia de cada persona. No obstante, también es claro que en tanto los esquemas de género son esquemas de pensamientos-representaciones que suponen una codificación sociocultural, estos pueden estar altamente estereotipados (Bem, 1985, 1993; Deaux & Lewis, 1984; Martin & Dinella, 2001).

En este sentido, el sistema sexo/género denota un proceso constructivo de significados acerca de lo que supone “ser hombre” o “ser mujer”, los que si bien se generan en la interacción social, son también reguladores de las propias formas de interacción (Crawford, 2006; West & Zimmerman, 1987). Por tanto, el sistema sexo/género se discierne como una acción o un “actuar” (*doing gender*) que se da en tres niveles: 1. el sociocultural, a través de una ideología que se transmite mediante los estereotipos presentes en los medios de comunicación, las estructuras familiares, las escolares y las laborales; 2. el interactivo, los estereotipos de género orientan comportamientos diferenciados en las interacciones sociales de hombres y mujeres; y 3. el individual, la aceptación —por parte de las personas— de la distinción de género como parte del autoconcepto y, como consecuencia, la adopción de actitudes y comportamientos “adecuados” a su sexo, conforme la normatividad cultural.

Bajo este contexto, los *estereotipos de género* son sistemas de creencias o suposiciones multicomponenciales que incluyen rasgos (e.g., competitivo, emotivo), roles (e.g., cabeza de familia, crianza de los niños), atributos físicos (e.g., atlético, apuesto) y destrezas cognitivas (e.g., analítico, creativo) que se presuponen inherentes, de manera diferencial, a hombres y mujeres, de tal modo que aquellos que se asignan a ellos, se engloban bajo el término de masculinidad, mientras que a los asignados a ellas se les denomina feminidad (Barberá, 2004).

Así, en las culturas occidentalizadas, el término *masculinidad* se emplea para denotar aquellos rasgos socioculturalmente orientados al dominio de la agencia/instrumentalidad (e.g., independiente, líder, fuerte), centrados en cualidades agenticas que enfatizan la independencia y la asertividad, mismos que normativamente —y de manera estereotipada— se atribuyen a los hombres (Díaz-Loving, Rocha, &

Rivera, 2004; Eagly & Wood, 1999; Mayobre, 2006; Murnen & Don, 2012). En tanto que el término *feminidad* se utiliza para denotar aquellos rasgos socioculturalmente orientados al dominio de la afectividad/expresividad (e.g., sensible, comprensivo, hogareño), enfocados a aspectos comunales que fomentan las relaciones interpersonales, mismos que normativamente —y de manera estereotipada— se atribuyen a las mujeres (Díaz-Loving et al., 2004; Eagly & Wood, 1999; Mayobre, 2006; Murnen & Don, 2012).

Por ende, el pretender comprender la corporalidad de hombres y mujeres inevitablemente supone no sólo abordar lo relativo a la configuración de la identidad de género de la persona, sino también su grado de adhesión a los estereotipos de género que, de acuerdo al sexo, suelen atribuirse diferencialmente a hombres y mujeres.

Estudios realizados en torno al *grado de adhesión a los estereotipos de género*, lo han identificado como un factor relacionado a la presencia de ciertas problemáticas de salud mental (Sáenz-Herrero & Díez-Alegría, 2015), por ejemplo, en el caso de los TCA, particularmente a la AN y a la BN (Alvarez, Vázquez, López, Bosques, & Mancilla, 2002; Behar, 1992, 2004; Bosques, 2003; Green et al., 2011; Klingenspor, 2002; Levine, Piran, & Jasper, 2015; Murnen & Smolak, 1997; Paxton & Sculthorpe, 1991), o bien, en cuanto a la DM (Blashill, 2011; Kanayama, Barry, Hudson, & Pope, 2006; McCreary, Saucier, & Courtenay, 2005; Smolak & Murnen, 2008; Smolak & Stein, 2006). Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue evaluar la participación de la adhesión a los estereotipos de género y de algunos aspectos del ajuste psicológico (ansiedad, depresión y autoestima) en la predicción de los síntomas de TCA y de DM en hombres y mujeres estudiantes universitarios.

Antecedentes

1. TEORÍA SOCIOCULTURAL DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Hilde Bruch es considerada una de las pioneras en el estudio sistemático de los TCA, al brindar en la década de los 70's una primera serie de supuestos respecto a la caracterización de la AN; así, en 1973 publicó una descripción de los rasgos que, de acuerdo con sus observaciones, tenían en común un grupo de pacientes. Además, Bruch sugirió que los factores psicosociales parecían tener un papel preponderante en el desarrollo de la AN, y enfatizó la influencia de la moda que promovía la delgadez. De acuerdo con diversos autores (Miller & Pumariega, 2001; Nasser & Katzman, 2003; Schwartz, Thompson, & Johnson, 1985), este planteamiento abrió una brecha hacia la comprensión de los TCA en función del rol etiológico de las influencias socioculturales.

La teoría sociocultural de los TCA advierte que, a largo de las décadas, en las culturas occidentales se ha favorecido cada vez más la idea de que las mujeres se preocupen por su peso, forma y apariencia corporales (Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999; Toro, 1996), y en ello la influencia de los medios de comunicación ha tenido un papel determinante, al promover el cumplimiento de un modelo estético corporal predominantemente delgado (Derenne & Beresin, 2006; Harrison & Cantor, 1997; Murnen & Don, 2012; Stice, 2002a), en tanto símbolo normado de belleza y feminidad (Green et al. 2011). No obstante, a la gran mayoría de las mujeres les resulta imposible cumplir con este estándar, lo que puede generarles insatisfacción corporal, misma que conlleva un mayor riesgo para la instauración de una psicopatología alimentaria (Polivy & Herman, 2004; Rosen, 1996; Shisslak & Crago, 2001).

El ideal de mujer bella/attractiva se hace presente en todo momento (e.g., publicidad, TV, revistas), arquetipo que ha sufrido cambios paulatinos a través del tiempo, siendo cada vez más estilizado y ultradelgado (Miller & Pumariega, 2001; Murnen & Don, 2012; Thompson et al., 1999; Toro, 1996). La insistencia con la que es promovido dicho ideal impacta fuertemente a las mujeres y se establece un proceso hacia la interiorización de este modelo de belleza (Faccio, 2013; Mancilla et al., 2006; Stice, 2002a), el cual se mantiene vía el reforzamiento social proveniente de los agentes más allegados a ellas (e.g., familia, pares), dada la importancia que cobran los comentarios (aprobatorios o desaprobatorios) generados por dichos agentes (Smolak & Levine, 2001; Stice, 2002a). El conflicto se pone de manifiesto cuando, a pesar de insistir, todos los esfuerzos por tratar de alcanzar un índice de masa corporal realmente inalcanzable, resultan infructuosos.

No obstante, si bien es evidente la influencia que la presión sociocultural puede ejercer, también es claro que algunas personas son más vulnerables que otras a su interiorización. Por ende, esto ha dado lugar a un profundo interés en cuanto a identificar qué factores del individuo pueden representar una condición de mayor vulnerabilidad y, de entre ellos, uno de los que ha sido objeto de especial atención es la personalidad. Bruch (1978) describió que las pacientes con TCA no se consideraban a sí mismas como personas autocontroladas, independientes y autosuficientes. Además, algunas de ellas expresaban que el ser mujer había sido una desventaja a lo largo de su vida, y que deseaban triunfar en áreas generalmente consideradas “masculinas”, por lo tanto, soñaban con ser tan eficaces como cualquier hombre, con autodominio, sin sentimientos de culpa y vergüenza.

A partir de las observaciones de Bruch (1973, 1978), diversos autores pusieron el foco de su atención en lo relativo al género, y particularmente sobre el papel etiológico de la adhesión a los estereotipos de género.

2. ADHESIÓN A LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

A finales de la década de los 70's empezó a cobrar gran interés el estudio del vínculo entre la adhesión a los estereotipos de género, relativos a la feminidad y la masculinidad, y los TCA, lo que dio lugar al planteamiento de varias hipótesis al respecto (Smolak, 2005) y, con ello, a inicios de los 80's surgió un número importante de artículos y disertaciones sobre esta temática, extrayéndose tres hipótesis generales, a las cuales se hace referencia a continuación.

Hiperfeminidad

La hipótesis de hiperfeminidad se gestó a partir de la observación clínica de pacientes con TCA, mayormente mujeres con AN (Boskind-Lodahl, 1976). Esta hipótesis ubicó la problemática en una exacerbada adhesión de las pacientes a aquellos rasgos-atributos que estereotipadamente caracterizan a la feminidad. Por lo tanto, el supuesto de esta hipótesis es que cuanto más una mujer hubiese interiorizado las prescripciones socioculturales e interpersonales sobre lo que significa el binomio "ser mujer-femenina", mayor sería su vulnerabilidad para desarrollar un TCA (Green et al. 2011). Además, Boskind-Lodahl propuso que, en esencia, el que una mujer experimente un desmesurado deseo de adelgazar, en sí mismo representa la aceptación del ideal femenino.

Con lo que respecta a la comprobación empírica de esta hipótesis, según encuentran Lancelot y Kaslow (1994), así como Murnen y Smolak (1997), como resultado de sus revisiones de los estudios que sobre el tópico se habían realizado hasta 1992, en general —tanto en mujeres como en varones— se había fundamentado el que una mayor adhesión a la feminidad se vincula con una mayor presencia de conductas alimentarias anómalas. Además, como una forma de explicar dicha vinculación, algunos autores han hecho alusión a la autoestima, al señalar que la identificación exacerbada con los rasgos prototípicos de la feminidad es reflejo de una baja autoestima y, por ende, de la excesiva necesidad de ser aprobados por los demás (Boskind-Lodahl, 1976; Paxton & Sculthorpe, 1991). Y, a su vez, se ha argumentado que, en las pacientes con TCA, la obtención del logro que entraña el alcanzar la forma corporal idealizada constituye también una forma de aliviar su baja autoestima (Lakkis, Ricciardelli, & Williams, 1999).

Sin embargo, otros autores han ido más allá, y retomando la diferenciación de la feminidad propuesta por algunos autores (Spence & Helmreich, 1978; Spence, Helmreich, & Holahan, 1979), en términos de *feminidad positiva* (incluye los rasgos estereotípicamente deseables; e.g., la sensibilidad, la simpatía, etc.) y de *feminidad negativa* (incluye los rasgos estereotípicamente indeseables; e.g., la excesiva necesidad de aprobación, la dependencia, etc.). Particularmente a estos últimos, por ejemplo, al estilo pasivo y tímido de afrontamiento se le ha asociado a la presencia de síntomas de TCA. Y, por el contrario, se ha señalado que los rasgos positivos de feminidad (e.g., comprensivo, afectuoso, amigable) pueden denotar una mayor flexibilidad y capacidad de adaptación a las circunstancias, constituyendo un estilo de afrontamiento que permite el fortalecimiento de la autoestima y, por ende, representar

un menor riesgo de desarrollar insatisfacción corporal y conductas alimentarias anómalas (Lakkis et al., 1999; Shapiro, Schwartz, & Astin, 1996). Por tanto, esto supuso que el foco de la problemática se centrara más específicamente en lo que se denominó la feminidad negativa, condición que otros autores han denominado como sumisión (e.g., Lara, 1993); la que en mujeres mexicanas se ha encontrado que se asocia a mayor sintomatología de AN (Alvarez, Vázquez, López et al., 2002; Bosques, 2003; González & Silva, 2014).

No obstante, cabe señalar que el planteamiento original de la hipótesis de hiperfeminidad, centrada en un alto grado de adhesión de aquellos rasgos prototípicos de la feminidad (Green et al. 2011), prontamente se vio ampliado. Más específicamente, Boskind-White y White (1986) señalan que las mujeres con TCA no sólo manifiestan exacerbada feminidad, sino además escasa identificación con los rasgos prototípicos de la masculinidad, de modo que aunque estas mujeres puedan verse inmersas, y bajo demanda de actuar, en ámbitos considerados tradicionalmente masculinos, la mayoría de las veces ellas continúan socializando conforme el estereotipo femenino.

Algunos autores coinciden en que si bien no todas las mujeres con una fuerte adhesión al estereotipo de género de feminidad desarrollan TCA, ni todas las mujeres con trastornos de este tipo se ajustan a él (Forbes, Adams-Curtis, Rade, & Jaberg, 2001; Lancelot & Kaslow, 1994), sin duda hay algo en los aspectos estereotipados de género que hace que algunas mujeres, particularmente aquellas insatisfechas con su cuerpo y más vulnerables a las presiones socioculturales que idealizan a la delgadez, tengan un mayor riesgo de desarrollar un TCA.

Discrepancia entre el ideal y la adhesión a los estereotipos de género

Posteriormente, en tanto una prolongación de la anterior, surge la hipótesis de la discrepancia, esto cuando algunos autores comenzaron a advertir que no sólo el grado de adhesión a los rasgos prototípicamente femeninos podía fungir como factor de riesgo para el desarrollo de los TCA, sino que además ubicaron la aspiración de las pacientes en cuanto a poseer características estereotípicas masculinas como un componente importante (Green et al., 2011; Steiner-Adair, 1986; Timko, Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1987). Por tanto, esta hipótesis pone el acento en el grado de discrepancia entre los rasgos que se poseen y los que la persona considera que debería tener.

Esta hipótesis predice que aunque las mujeres con TCA atribuyen a su ideal altos niveles de rasgos estereotipados de masculinidad, su autodescripción es ponderalmente femenina, lo que evidencia una acentuada discrepancia entre su ser y su deseo de ser; de modo que la ansiedad asociada puede incrementar la vulnerabilidad para desarrollar los síntomas de TCA (Johnson & Petrie, 1995; Mensinger, Bonifazi, & La Rosa, 2007; Shifren, Furnham, & Bauserman, 1998; Thornton, Leo, & Alberg, 1991).

Steiner-Adair (1986) profundizó en la hipótesis de la discrepancia, y propuso que los TCA pueden ser resultado del desarrollo de un "doble vínculo" durante la conformación de la imagen corporal. Por una parte, los valores culturales contemporáneos idealizan a la delgadez como un criterio de atractivo físico, pero durante la pubertad o la adolescencia las mujeres se enfrentan a un inevitable aumento del peso corporal y, por otra parte, a las mujeres se les educa desde la infancia para interiorizar y socializar los valores referentes a la importancia de entablar y mantener

relaciones interpersonales y familiares estrechas, pero posteriormente se espera que, cuando adolescentes y jóvenes, sean capaces de separarse de dichas relaciones y puedan desenvolverse como seres independientes en pos del desarrollo de su propia identidad, para posteriormente, cuando adultas, nuevamente reconfiguren su identidad y puedan restablecer la importancia de entablar y mantener relaciones interpersonales y familiares estrechas. Porque, simultáneamente, las normas culturales contemporáneas enfatizan la deseabilidad de poseer ciertas características femeninas estereotipadas de género, tales como las de ser bella y una “buena madre”, pero también otras estereotípicamente masculinas, como el rendimiento laboral o la autosuficiencia, y a partir de ello es que las mujeres pueden estar expuestas a experimentar conflictos ante la incapacidad de conciliar requerimientos que pueden resultarles contradictorios.

Al respecto, Murnen y Smolak (1997) explican que las mujeres, particularmente las jóvenes, ven en la sociedad la sobrevaloración que se hace de algunas de las características masculinas y desean poseerlas, pero —a su vez— temen hacerlo. Bajo este contexto, estos autores proponen que la aparición de la sintomatología de TCA, puede expresar la incapacidad de lidiar con el estrés experimentado al no poder conciliar y afrontar el conflicto que la discrepancia entre quien se puede ser y quien se quisiera ser.

Síndrome de supermujer

El trabajo realizado en torno a la hipótesis de la discrepancia se desarrolló a tal grado que permitió su profundización a partir de los hallazgos empíricos obtenidos, los cuales apuntaban a que las mujeres con TCA se esforzaban por construir un yo ideal que cumpliera tanto con los requerimientos que exige el desempeño profesional (características prototípicas masculinas) como con aquéllas que supone el desempeño

de los roles de esposa y madre (características tipificadas como femeninas). De esta manera, algunos autores comenzaron a notar la existencia de una relación más compleja de los TCA con el grado proximidad —o distancia— entre la adhesión e idealización de los rasgos estereotipados de género (Barnett 1986; Timko et al., 1987). No obstante, en este punto se hace necesario aclarar que, a diferencia de lo que ocurre en la hipótesis de discrepancia (la cual advierte la percepción de bajos niveles de masculinidad descriptiva, lo que difiere ampliamente de los idealizados), en el síndrome de supermujer se pone de manifiesto la presencia de un alto grado tanto de feminidad como de masculinidad descriptivas, pero también superlativos estándares ideales en cuanto a estos dos prototipos.

Martino y Lauriano (2013) señalan que, en primera instancia, el término *supermujer* denotaba un constructo que surgió en la década de los 60's del siglo pasado, esto en el contexto del *Movimiento de las Mujeres*, para describir a aquellas mujeres que se esfuerzan por "hacerlo todo y tenerlo todo", en tanto un reflejo de la liberación y el empoderamiento que las mujeres estaban ejerciendo, de modo que entrañaba un ideal. Sin embargo, en segunda instancia, anteponiéndole a dicho término el prefijo síndrome, empezó a emplearse cuando se empezó a caer en cuenta de que el encarnar el ideal de ser una supermujer, con el desempeño de roles múltiples que entrañaba, suponía también —para muchas mujeres— importantes riesgos en cuanto a su bienestar psicológico o salud mental. Condición que ha mostrado estar fuertemente asociada a mayor estrés, depresión, ansiedad o quejas somáticas (Gerson, 1985; McBride, 1988; Newell, 1993). Además, al respecto, Martino y Lauriano advierten que tres factores que subyacen al ideal/síndrome de súper mujer son la masculinidad, el perfeccionismo y la imagen corporal.

Concretamente, en el contexto de la insatisfacción corporal y los TCA, Steiner-Adair (1986) fue una importante promotora de la verificación empírica del supuesto que vinculaba a estas psicopatologías con la interiorización del ideal de supermujer. Su trabajo consistió en entrevistar a 32 con estudiantes de secundaria, a las cuales se les puso la tarea de caracterizar a la mujer "ideal" en la sociedad. Sus hallazgos señalaron que aquellas mujeres adolescentes que presentaban mayores síntomas de patología alimentaria describieron y aprobaron no sólo un ideal de mujer con logros en los ámbitos considerados del dominio tanto masculino (e.g., la superación profesional y el desarrollo de una personalidad asertiva) como del femenino (e.g, en la familia y la crianza), sino que además, simultáneamente, era capaz de mantenerse físicamente atractiva. Estas adolescentes expresaban una firme convicción de que logros profesionales y el éxito debían coexistir con la belleza y la delgadez; hallazgos que más tarde Thornton et al. (1991) corroboraron en mujeres universitarias.

Levine y Smolak (1992) retomaron estos supuestos y plantearon un modelo teórico de desarrollo de los TCA (Figura 1), en el cual incorporan el síndrome de *supermujer* vinculado a factores como la insatisfacción corporal y un elevado interés por obtener éxito personal.

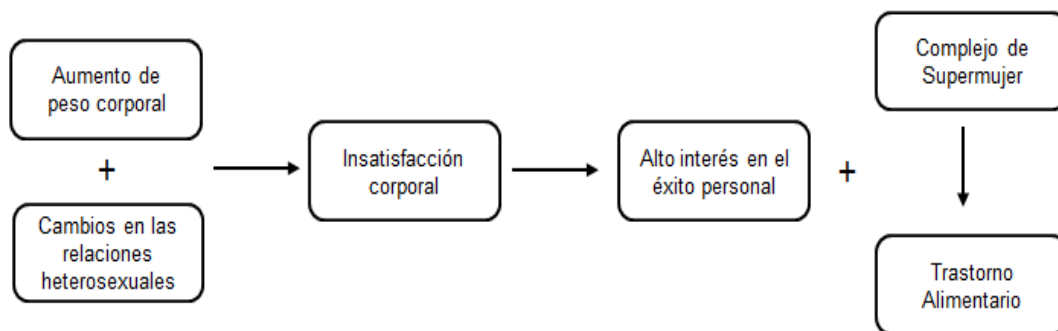


Figura 1. Modelo de TCA de Levine y Smolak (1992).

Así, en el ámbito de los TCA comenzó a hacerse referencia a este fenómeno con el término de *síndrome de supermujer* (Green et al., 2011; Hart & Kenny, 1997; Smolak, 2005; Smolak & Murnen, 2001), definido como la búsqueda mórbida de la excelencia a partir del despliegue de características tanto expresivas como instrumentales, lo que supone el desempeño de roles múltiples (Crago, Yates, Fleischer, Segerstrom, & Gray, 1996; Hart & Kenny, 1997; Klingenspor, 2002) y, por ende, para aquéllas que no logran conciliar las exigencias, puede representar un conflicto, al sentirse abrumadas por la necesidad de "tenerlo todo": el trabajo perfecto, la casa, el marido, la familia e, indudablemente, la apariencia. Así, en el caso de los TCA, pueden constituir la manifestación de la lucha de una mujer entre los roles sociales que ha cumplido a lo largo de su vida y la fijación de metas para su futuro (Mensing, 2005; Mensinger et al., 2007), ya que cuanto mayor sea el número de funciones que las mujeres destacan como importantes para cobrar sentido de sí mismas, mayor será la posibilidad de desarrollar un TCA (Timko et al., 1987).

Pero, como contraparte, con la ampliación del estudio respecto a los rasgos estereotipados de género que pueden fungir como factores de riesgo ante el desarrollo de TCA, se comenzó a identificar que algunos aspectos del género también podrían participar como factores protectores.

Androginidad

Así como la búsqueda de fundamento empírico a la hipótesis de discrepancia permitió ubicar que la idealización —llevada al extremo— de las características prototípicamente femeninas y masculinas subyace al síndrome de supermujer, esto conllevó a que los estudiosos del campo de los TCA dirigieran su atención al concepto de *androginia*.

Inicialmente este término se empleó para designar la combinación en una persona, independientemente de su sexo, de rasgos estereotipados femeninos y masculinos (Cook, 1987; Hoffman & Borders, 2001). Esto a partir de que en 1973, Constantinople propuso que los prototipos sexo-tipificados de masculinidad y de feminidad no son extremos opuestos de un continuo unidimensional, sino más bien construcciones independientes, de modo que en una persona coexisten —en mayor o menor medida— ambas tipificaciones. Y un año después, Bem (1974) refleja este supuesto en su definición de androginia, en tanto una dimensión psicosocial que implica la identificación simultánea tanto con los rasgos femeninos como con los masculinos. Por tanto, se concibe que una persona con orientación de género andrógina puede ser agresiva o condescendiente, fuerte o dócil, sensible o asertiva, de acuerdo a como las distintas situaciones particulares lo requieran (Bem, 1974; Cala & Barberá, 2009; Helmreich, Spence, & Holahan, 1979); por tanto, se ha encontrado que los individuos andróginos pueden ser más adaptables y emocionalmente más saludables (Ballard-Reisch & Elton, 1992; Kaplan & Bean, 1976; Lefkowitz & Zeldow, 2006).

No obstante, es preciso señalar que aunque algunos estudios iniciales en cuanto a la vinculación entre la adhesión a estereotipos de género y TCA aludían a que la androginia podía ser característica de las mujeres con TCA (Heilbrun & Mulqueen, 1987; Lewis & Johnson, 1985; Silverstein, Carpman, Perlick, & Perdue, 1990), el grueso de los autores han disentido, argumentando que la androginia —en sí misma— supondría la inexistencia del conflicto supuesto en la conciliación entre las expectativas sociales que ponderan la deseabilidad de encarnar ambos estereotipos, una vez que supone la combinación armónica de rasgos prototípicos masculinos y femeninos (Behar, de la Barrera, & Michelotti, 2001, 2003; Mensinger et al., 2007; Root, 1990; Shisslak & Crago,

2001) y, sobre todo, cuando la estructura resultante no discrepa con respecto a aquella considerada por la persona como ideal. Por ende, algunos autores han propuesto que la androginidad puede ejercer como un factor protector frente al desarrollo de las psicopatologías alimentarias (Behar, 2010; Shisslak & Crago, 2001; Thornton et al., 1991) y, aún más, otros autores han señalado que dicha relación puede estar siendo mediada por la autoestima (Hepp, Spindler, & Milos, 2005).

Masculinidad

Consecuentemente, y derivado del trabajo empírico sobre la vinculación entre los TCA y la adhesión a los estereotipos de género, mayormente los hallazgos han indicado la pertinencia de que la masculinidad, como ocurre con la androginia, también pueda considerarse un factor protector (Klingenspor, 2002). Específicamente, este supuesto surge de forma alternativa a la hipótesis de hiperfeminidad y refiere que, al contrario de lo observado en personas que se caracterizan por poseer rasgos prototípicamente femeninos, aquellas caracterizadas como masculinas presentarán menor insatisfacción corporal y sintomatología de TCA (Smolak, 2005). Específicamente, esta hipótesis postula que, de manera semejante a lo planteado en la hipótesis de androginidad, la salud psicológica residirá en qué tanto un individuo se identifica con los atributos asociados a los rasgos estereotípicamente masculinos, esto independientemente del sexo y la orientación sexual de la persona (Cotrufo, Iannaccone, & Cella, 2012).

A decir de Forbes et al. (2001), en cuanto a la adhesión a los estereotipos de género, el hallazgo de que mujeres tipificadas como masculinas (alta masculinidad y baja feminidad) o andróginas (alta masculinidad y alta feminidad) se encuentran más satisfechas con sus cuerpos, en comparación a las mujeres tipificadas como femeninas

(alta feminidad y baja masculinidad) o indiferenciadas (baja masculinidad y baja feminidad), sugiere que la masculinidad puede estar influyendo en la satisfacción corporal de dos maneras. La primera es que la insatisfacción corporal está directamente en función del grado de masculinidad, y la feminidad no juega ningún papel en esta relación; lo cual refiere que las personas con baja masculinidad, independientemente de su nivel de la feminidad, tienen altos niveles de insatisfacción corporal. La segunda, según Forbes et al., es que la insatisfacción corporal se puede explicar por una alta adhesión a los rasgos género tipificados como femeninos, y que la masculinidad operaría moderando esta relación. Esto en medida de que tanto los individuos indiferenciados como los femeninos carecen de características prototípicas de tipo instrumental que les permitan moderar el impacto de la preferencia cultural por un cuerpo irrealmente delgado.

En cuanto a evidencia empírica, Greenleaf, Boyer y Petrie (2009) realizaron un estudio retrospectivo en el que analizaron la participación mediadora de la instrumentalidad en la relación de la práctica deportiva previa, en la secundaria, con el bienestar psicológico y la realización de actividad física posterior, en el bachillerato, en una muestra de mujeres jóvenes de reciente ingreso a la universidad. En su modelo (Figura 2), estos autores encontraron que la participación deportiva previa no tuvo un efecto directo sobre el desarrollo de una imagen corporal positiva; en su lugar, en la asociación participaron tanto la capacidad física como la instrumentalidad, las que —a su vez— se asociaron a sentimientos más positivos respecto a su cuerpo.

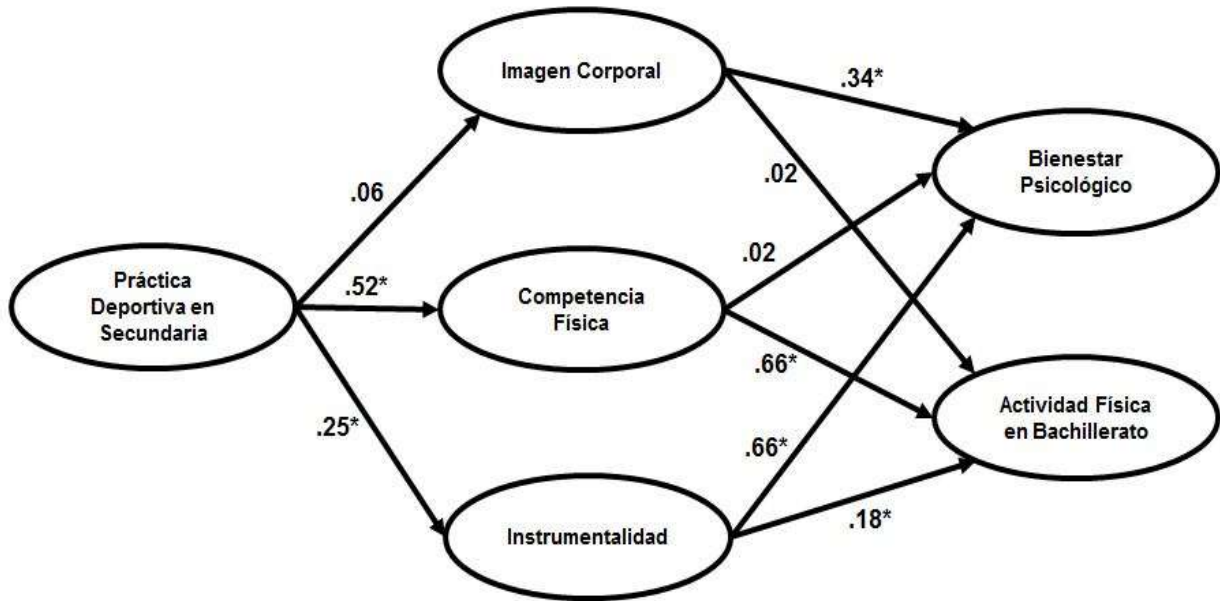


Figura 2. Modelo empírico de conducta alimentaria bulímica (Greenleaf et al., 2009). * $p < .05$.

Por lo tanto, a partir de lo planteado en las diversas hipótesis antes referidas y el considerable número de estudios publicados posteriormente al meta-análisis realizado por Murnen y Smolak (1997), el cual comprendió el análisis de artículos y disertaciones que en cuanto a feminidad-masculinidad y TCA se habían publicado hasta 1992. Sus resultados, en general, fundamentaron la existencia de una asociación positiva entre feminidad y conductas alimentarias anómalas, así como una negativa entre éstas y la masculinidad. Posteriormente, como parte de la presente investigación, se realizó una revisión sistemática sobre la temática, pero ampliando ésta hacia aspectos ligados a la DM. Esta revisión comprendió la búsqueda de estudios publicados entre 1992 y 2011 en la base de datos *Medline*, la cual dio como resultado la ubicación de 36 artículos empíricos que han evaluado la relación de la adhesión a los estereotipos de género con la insatisfacción corporal o los TCA y la DM; por tanto, a continuación, en el siguiente apartado se expone una reseña de los hallazgos de las dos últimas décadas en cuanto a la vinculación entre la adherencia a los estereotipos de género y

los TCA, mientras que en el séptimo apartado, se hará referencia a los resultados correspondientes a la DM.

3. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS SOBRE TCA Y ROLES ESTEREOTIPADOS DE GÉNERO

Como ya se señaló, aquí se reseñan los resultados de la revisión sistemática realizada, considerando únicamente los 33 artículos en los que —hasta 2011— fue evaluada la relación entre los estereotipos de género y la insatisfacción corporal prodelgazamiento u otros aspectos relacionados a los TCA.

Inicialmente, al examinar las características metodológicas de los estudios, se encontró que, en cuanto al sexo de los participantes, poco más de la mitad de estos estudios (55%) se abocó a muestras que exclusivamente incluían mujeres, de los cuales uno además consideró en su análisis la orientación sexual (Ludwig & Brownell, 1999). No obstante, se observa que un importante número de estudios incluyeron a hombres y mujeres (39%), de los que dos conformaron subgrupos en función de la orientación sexual (Lakkis et al., 1999; Meyer, Blissett, & Oldfield, 2001); mientras que sólo dos estudios se enfocaron exclusivamente en varones, de los cuales uno realizó los análisis en función de la orientación sexual (Russell & Keel, 2002).

Por otro lado, con lo que respecta al tipo de análisis aplicado a los datos, fueron en mayor medida correlacionales y, en general, se encontraron asociaciones positivas entre la feminidad (tanto de rasgos estereotipados de género o del grado de aprobación de sus normas) y la insatisfacción corporal o la sintomatología de TCA, ya sea con base a medidas globales de ésta, o bien, de síntomas específicos, resultado que ha mostrado ser consistente e independiente de la orientación sexual (Behar, de la Barrera, & Michelotti, 2001, 2002; Green, Davids, Cori, & Jada, 2008; Lakkis et al.,

1999; McHale, Corneal, Crouter, & Birch, 2001; Meyer et al., 2001; Ricciardelli, Williams, & Kiernan, 1998; Smolak & Murnen, 2008; Thomas, Ricciardelli, & Williams, 2000; Williams & Ricciardelli, 2001); en tanto que también se ha reportado la existencia de asociación negativa entre las medidas empleadas de masculinidad y de TCA (Hepp et al., 2005; McHale et al., 2001; Williams & Ricciardelli, 2001); o bien, en este mismo sentido, asociación entre mayor masculinidad y una imagen corporal más positiva o, a la inversa, a menor masculinidad mayor insatisfacción corporal; esto tanto en muestras comunitarias de ambos sexos, como en mujeres diagnosticadas con TCA, así como en mujeres lesbianas y varones gays (Behar et al., 2002; Davis, Dionne, & Lazarus, 1996; Forbes et al., 2001; Gillen & Leifkowitz, 2006; Hepp et al., 2005; Lai, Tang, & Tse, 2005; Russell & Keel, 2002). No obstante, resulta necesario profundizar con respecto a esta temática, dado que también se han encontrado resultados que van en el sentido opuesto; por ejemplo, en dos artículos se observó una asociación positiva entre feminidad e imagen corporal positiva, uno en mujeres pre-adolescentes (Usmiani & Daniluk, 1997) y otro en varones universitarios (Davis et al., 1996), en tanto que Thomas et al. (2000) no encontraron efecto de la adhesión a los estereotipos de género sobre los síntomas de TCA en niñas.

Ahora bien, con respecto a los estudios que han realizado análisis estadísticos de tipo comparativo, han arrojado resultados que —en general— son congruentes con los derivados tras análisis correlacionales. Cuando la muestra total se reagrupó por presencia/ausencia de sintomatología o entre tipos de TCA (en ocasiones con la inclusión de un grupo control), se encontró que las mujeres de muestra clínica o en alto riesgo (con sintomatología) obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las medidas de feminidad que las mujeres control (Behar et al., 2001; Williams, Taylor, &

Ricciardelli, 2000; Williams & Ricciardelli, 2003). Y, por otra parte, cuando la muestra de se agrupó con base a la tipificación de la adhesión al rol de género de las participantes, en: femeninas, masculinas, andróginas o indiferencias, se encontró que las últimas presentaron más síntomas de TCA, particularmente en comparación con las mujeres tipificadas como andróginas (Braitman & Ramanaiah, 1999; Hepp et al., 2005; Pritchard, 2008; Ravaldi et al., 2006).

Además, en numerosos estudios se ha encontrado que las mujeres tipificadas como femeninas obtienen mayores puntuaciones en medidas de insatisfacción corporal, conducta bulímica, ineficacia y desconfianza interpersonal que las tipificadas como masculinas o andróginas (Braitman & Ramanaiah, 1999; Brazelton, Greene, Gynther, & O'Mell, 1998; Forbes et al., 2001; Hepp et al., 2005; Ludwig & Brownell, 1999; Pritchard, 2008); no obstante, cabe señalar que dos estudios extienden estos resultados hacia las mujeres tipificadas como masculinas (Pritchard, 2008; Ravaldi et al., 2006), en quienes se apreciaron mayores puntuaciones de insatisfacción corporal pro-delgadez y/o sintomatología de TCA que en las mujeres andróginas. Finalmente, en cuanto a los escasos estudios que incluyeron a varones en sus muestras, estos confirman lo observado en las mujeres, ya que se encontró que aquellos tipificados como masculinos o andróginos mostraron menor insatisfacción corporal que los varones tipificados como femeninos (Forbes et al., 2001) o indiferenciados (Pritchard, 2008).

Respecto a los estudios que evaluaron la discrepancia entre los rasgos estereotipados de género autopercebido y el referido como ideal, fundamentan que una mayor discrepancia —femenina y/o masculina — se relaciona con una imagen corporal más negativa; y esto fue observado tanto en muestra clínica (Bekker & Boselie, 2002), como en casos identificados con sintomatología de TCA (Johnson & Petrie, 1995,

1996); mientras que en el caso del ideal de supermujer, en mujeres adolescentes se asoció a mayor sintomatología de TCA (Mensinger et al., 2007). Y, en cuanto a los estudios efectuados con varones, se encontró que una mayor discrepancia en feminidad (mayores rasgos de feminidad idealizado respecto a su descripción) se asoció a mayor conducta de dieta en estudiantes universitarios; en tanto que dicha discrepancia, pero ahora en cuanto a la masculinidad, tuvo un efecto negativo en la autoestima, lo que —a su vez— estuvo asociada a mayor realización de dieta y conductas bulímicas, de tal forma que este resultado indica que a mayor edad, mayor la discrepancia de masculinidad y menor autoestima general, lo cual probabiliza la presencia de conducta bulímica (Klingenspor, 2002; véase la Figura 3).

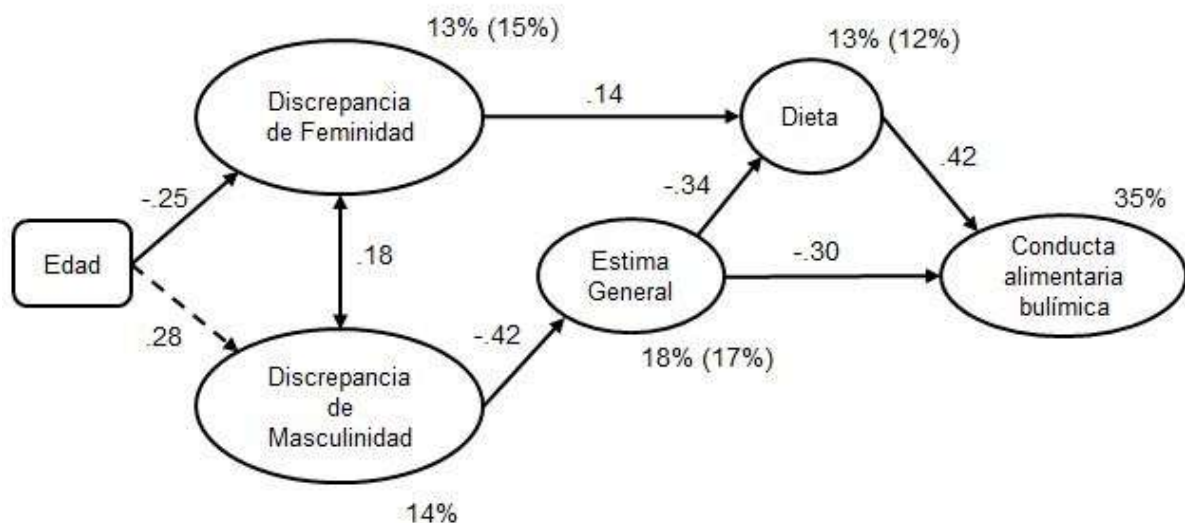


Figura 3. Modelo estructural de conducta alimentaria bulímica de Klingenspor (2002) que representa las relaciones entre la edad, la discrepancia de género (autodescriptivo e ideal), la estima general (autoestima y estima corporal), la dieta y la conducta bulímica en adolescentes de ambos sexos. Los círculos representan constructos latentes, las flechas unidireccionales representan los vínculos "causales" hipotetizados, y las flechas bidireccionales reflejan correlaciones entre constructos. Las estimaciones de los parámetros que son diferentes para los adolescentes varones se presentan entre paréntesis. La línea discontinua representa un sendero que solamente fue significativo en las mujeres.

Finalmente, con lo que respecta a la identificación de variables que pueden intervenir (moderando o mediando¹) en la relación de la adhesión a los estereotipos de género con la insatisfacción corporal pro-adelgazamiento y/o la sintomatología de TCA, destacan las siguientes: el neuroticismo (Davis et al., 1996) y la autoestima (Klingenspor, 2002). No obstante, se sugiere la pertinencia de considerar otros aspectos indicativos del ajuste psicológico (e.g., ansiedad, depresión, etc.; Green et al. 2011). Al respecto, habría que retomar las observaciones de los casos clínicos descritos por Bruch (1973, 1978), quien hizo hincapié en que las pacientes con AN mostraban una vulnerabilidad particular, caracterizada por un estado de ánimo deprimido y una baja autoestima. Por lo tanto, se ha hipotetizado la existencia de un vínculo entre la adscripción a las características estereotípicas femeninas y ciertos aspectos de desajuste psicológico. De tal manera que esta combinación puede intensificar la insatisfacción corporal e incrementar el riesgo de desarrollar un TCA.

Existe basta evidencia empírica que fundamenta la vinculación de los TCA con varios aspectos de ajuste psicológico (Gadalla, 2011), como son: la autoestima (Escoto, Camacho, & Mancilla, 2012; Lázaro et al., 2011; Moreno & Ortiz, 2009), la ansiedad (Abbate-Daga et al., 2011; Calderón, Forns, & Varea, 2010; Jiménez-Cruz & Silva-Gutiérrez, 2010; Solano & Cano, 2012), y la depresión (Abbate-Daga et al., 2011; Calderón et al., 2010; Casper, 1998; Fennig & Hadas, 2010; Jiménez-Cruz & Silva-Gutiérrez, 2010; López-Aguilar et al., 2010).

¹ Una variable moderadora es aquella que interviene afectando la dirección y/o la fuerza de la relación entre una variable independiente (VI) y una variable dependiente (VD), y actúa en forma previa a la interacción entre éstas. Contrariamente, una variable mediadora actúa durante el periodo de interacción de la VI y la VD, explicando cómo y por qué se da la relación entre ellas (Baron & Kenny, 1986; Etchebarne, O'Connell, & Roussos, 2008; Kraemer, Wilson, Fairburn, & Agras, 2002).

Para cerrar este apartado, se pueden delinear algunas conclusiones. Con respecto a los estudios que han confirmado que una alta adhesión al estereotipo de género femenino puede actuar como un factor de riesgo para el desarrollo de insatisfacción corporal pro-adelgazamiento y los TCA, se considera necesario confirmar estos hallazgos en muestras de varones, y ver en qué grado los resultados derivados en mujeres pueden también ser aplicables a ellos; particularmente, porque son escasos los estudios en los que la hipótesis de hiperfeminidad ha sido confirmada cabalmente, ya que principalmente se ha confirmado en forma parcial, es decir, o se detecta mayor feminidad asociada a insatisfacción corporal pro-delgadez y TCA, o menor masculinidad, pero no necesariamente ambas.

Asimismo, se ha fundamentado que la discrepancia (descriptivo vs. ideal) en feminidad y masculinidad también pueden fungir como factores de riesgo para TCA, sin embargo esto ha sido escasamente estudiado en varones, por lo que se requiere precisar en qué grado se pueden extender a estos los datos obtenidos en mujeres. Además, se sugiere la necesidad de confirmar si efectivamente, la androginia y la masculinidad pueden actuar como factores protectores ante el desarrollo de insatisfacción corporal o los síntomas de TCA, ello en medida de que las personas integren a su manera habitual de conducirse características de tipo instrumental, por lo que cuentan con un repertorio más amplio de cualidades que les permitan enfrentar aquellas situaciones que les puedan representar un reto, y salvaguardar así su bienestar mental.

Finalmente, se advierte necesario profundizar en la identificación del tipo de participación de otras variables que puedan estar interviniendo en el vínculo entre los rasgos estereotipados de género, la imagen corporal y los TCA, particularmente en

cuanto a aquellas características psicológicas comúnmente atribuidas a las personas que presentan un patrón de comportamiento alimentario patológico (e.g., ansiedad, depresión y con baja autoestima), las que pueden representar una condición de mayor de vulnerabilidad.

4. INVESTIGACIÓN SOBRE TCA Y ADHESIÓN A LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN EL ÁMBITO NACIONAL

En México se han identificado siete estudios que han abordado la temática. Inicialmente, Alvarez, Vázquez, López et al. (2002) y Bosques (2003) exploraron la asociación entre los rasgos estereotipados de género (autodescriptivo y prescripción social) y la sintomatología de TCA en una mujeres jóvenes adultas. Sus resultados fundamentaron lo siguiente: 1) una confirmación parcial de la hipótesis de hiperfeminidad, al observar asociación positiva entre la feminidad negativa (sumisión) y la sintomatología de TCA, sin embargo —contrariamente a lo esperado— ésta no estuvo asociada a baja masculinidad; 2) una mayor percepción de prescripción social de los rasgos estereotipados de masculinidad negativa (machismo²) se asoció a mayor sintomatología de TCA, pero no así respecto a los rasgos estereotipados de feminidad y; 3) con respecto a la discrepancia entre autodescripción y prescripción social, las jóvenes con sintomatología de TCA —en comparación al grupo sin sintomatología de TCA— se caracterizaron por considerarse más sumisas, pero menos machistas de lo socialmente prescrito.

Después Bojorquez (2004) realizó un estudio de corte cualitativo sobre construcción de género y actitudes y alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes de

² Este término refiere a aquellos rasgos estereotípicos de la masculinidad socioculturalmente considerados negativos o no deseables; por ejemplo: agresividad o arrogancia, entre otros (Lara, 1993).

Michoacán. Los resultados advirtieron sobre la vinculación entre estos dos constructos, una vez que las mujeres que reportaron más actitudes y conductas de riesgo alimentario, también atribuían mayor importancia a la delgadez como aspecto del ideal de femineidad. De acuerdo con la autora, se pone de manifiesto el afán de las adolescentes a ajustarse al estereotipo de belleza ubicándolo en una ideología inmersa que considera al atractivo físico como un atributo que impacta en el éxito femenino.

Posteriormente González (2009) realizó un estudio comparativo entre mujeres diagnosticadas con TCA y un grupo de mujeres control (sin TCA), y encontró lo siguiente: 1. las mujeres con TCA se describieron más sumisas y machistas, es decir, con mayor androginia negativa; 2. al evaluar el ideal personal, los resultados concordaron con los estudios previos (Alvarez, Vázquez, López et al., 2002; Bosques, 2003), en cuanto a que las mujeres con TCA atribuyeron a su ideal una mayor masculinidad negativa (machismo), lo cual no se registró en el caso de la femineidad; y 3. González, al igual que en los estudios previos, encontró discrepancia en cuanto a los estereotipos de género, es decir, se observó —en tanto autodescripción— una mayor sumisión y un menor machismo respecto a los reportados como ideales. Sin embargo, no hay que perder de vista que en los primeros dos estudios, de Alvarez, Vázquez, López et al. y de Bosques se evaluó la prescripción social, y en el González el ideal personal. Sin embargo, esta última autora advierte que aunque estas medidas pudieran suponerse distintas, empíricamente se observaron resultados similares.

En el mismo año, Navarro (2009) evaluó a adolescentes y jóvenes adultos (hombres y mujeres), con el objetivo de analizar si los rasgos estereotipados de género (instrumentalidad y expresividad) se relacionaban con la insatisfacción corporal, así como con las actitudes y los comportamientos inherentes los TCA. Esta autora obtuvo

resultados similares a los de los dos estudios previos, ya que encontró que la instrumentalidad y la expresividad (ambas negativas), es decir machismo y sumisión en términos de Lara (1993), se asociaron positivamente con las actitudes y comportamientos relativos a la AN, y esto en ambos sexos.

Más recientemente, Mendoza, González y Silva (2013) realizaron un estudio para analizar la asociación de los rasgos estereotipados de género, evaluados en tres dimensiones: autodescripción, ideal personal y prescripción social, con los síntomas de TCA en mujeres adolescentes. Dentro de los resultados se destaca que, tanto en la dimensión ideal personal como en la prescripción social, la preocupación por la comida correlacionó positivamente con la sumisión; en tanto que la presión por incrementar el peso corporal o la cantidad de alimento ingerido se asoció, también positivamente, con la feminidad. Y, finalmente, González y Silva (2014) llevaron a cabo una investigación con el propósito de conocer si el grado de discrepancia en los rasgos estereotipados de género (autodescripción vs. ideal personal) diferían entre tres grupos de mujeres: dos con TCA (con AN y BN, respectivamente) y un grupo control sin TCA. Las autoras encontraron que una mayor discrepancia en las medidas de feminidad, sumisión y masculinidad en los grupos con TCA, en comparación al grupo control.

5. TEORÍA SOCIOCULTURAL DE LA DISMORFIA MUSCULAR (DM)

A partir de la conformación de la DM como una plausible entidad diagnóstica, en 1997, a partir del artículo publicado por Pope et al., se intensificó la investigación empírica desde distintas aproximaciones y perspectivas, lo que ha incluido el abordaje de factores biológicos, individuales y socioculturales. Al respecto, Hudson y Pope (1990) ponderan la importancia de los factores socioculturales como predisponentes o

generadores de esta condición psicopatológica, como ocurre —por ejemplo— con los mensajes presentes en los medios de comunicación, en los que se relaciona a la posesión de alta masa o tono muscular con la masculinidad.

Con respecto a los estudios dirigidos al análisis de los mensajes, explícitos e implícitos, que se transmiten a través de los medios de comunicación, así como a la identificación de su influencia en la insatisfacción corporal y la DM. De principio, habrá que señalar el notable incremento que, durante la última década, se ha suscitado en el número de espacios publicitarios y artículos que exponen imágenes de varones en las que se destaca la deseabilidad de tener un “cuerpo en forma”, homologándose esto a la posesión de un cuerpo atlético, con un importante desarrollo del tono y masa muscular. Esto tanto en revistas dirigidas a los varones (e.g., *Men's Health*), como en muy diversos espacios de televisión, cine y prensa en general (Drummond, 2002; Maida & Armstrong, 2005). Incluso, los juguetes que representan figuras de acción (e.g., *G.I. Joe* y *Star Wars*) han atraído el interés de los investigadores para examinar la evolución de las mismas respecto a sus estructuras corporales, las cuales han sido objeto de un incremento dramático de su masa y definición muscular. En ambos casos se ha hecho evidente la promoción de un cuerpo caracterizado por una musculatura prominentemente y un abdomen cada vez más esculpido (Arbour & Martin, 2006; Hall, 2000; Leit, Pope, & Gray, 2001; Murnen & Don, 2012; Pope et al., 1999; Spitzer, Henderson, & Zivian, 1999). Al respecto, autores como Drummond (2005) y Green et al. (2011) hacen hincapié en el rol que juegan los medios de comunicación, ya que gradualmente han puesto mayor énfasis en el cuerpo de los varones, el cual objetifican (*objectification*) y, por tanto, lo tratan como un objeto o producto más a comercializar,

situación similar a la que tradicionalmente ha ocurrido en cuanto al cuerpo de las mujeres.

Por consiguiente, y de acuerdo con los resultados derivados de estos estudios, poseer un cuerpo con una prominente masa muscular es visualizado como el prototipo de hombre exitoso y moderno, ideal de masculinidad fuertemente promovido en la cultura occidental (Alexander, 2003; Gray & Ginsberg, 2007; McCreary et al., 2005; Mishkind, Rodin, Silberstein, & Striegel-Moore, 1986; Murnen & Don, 2012). Entre los hallazgos de los trabajos que han explorado el vínculo entre la motivación por la musculatura y la concepción de masculinidad, destacan los siguientes: 1) el ideal corporal idóneo en los varones es un arquetipo mesomorfo, el cual comienza a instaurarse en la infancia y va siendo mayormente aceptado conforme aumenta la edad (Spitzer et al., 1999); y 2) la aceptación de dicho ideal se encuentra asociado a comportamientos consistentes con las características estereotipadas de género ligadas a la masculinidad, es decir, rasgos como: virilidad, dominancia, poder, fuerza, eficacia, entre otros (Grogan & Richards, 2002; Klein, 1993; Wienke, 1998). Por ejemplo, Morrison, Morrison y Hopkins (2003) informaron que las razones reportadas por los hombres de por qué deseaban alcanzar el ideal muscular, incluyen el contar con habilidades físico-atléticas, popularidad, ser atractivo para las mujeres y, en general, el sentirse “más hombres”, “más masculinos”.

Es así que, derivado de los estudios antes mencionados, cobró mayor auge el análisis de la configuración teórica del ideal muscular y de su vínculo a los atributos estereotipados de masculinidad (Luciano, 2007; McCabe & Ricciardelli, 2004; Mishkind et al., 1986; Ricciardelli, McCabe, & Lillis, 2006). Por lo tanto, en la medida en que este escenario acontezca en la vida real, se comprendería que —consecuentemente— los

varones entrasen en una crisis de identidad en cuanto a su actuar en la sociedad, a medida de que empiezan a esforzarse por lograr poseer un cuerpo mesomorfo idealizado (Baghurst, Hollander, Nardella, & Haff, 2006; Mishkind et al., 1986; Pope, Phillips, & Olivardia, 2002). Y, en caso contrario, ellos verán sus cuerpos como defectuosos o imperfectos, dando como resultado una lucha física y mental por la obtención de la perfección corporal, lo que puede dar como resultado una serie de comportamientos de riesgo que pueden conducir al desarrollo de DM (Alvarez, Escoto, Vázquez et al., 2009; Arbinaga & Caracuel, 2003, 2008; Pope et al., 2002).

6. ADHESIÓN A LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO Y DISMORFIA MUSCULAR

Dado el creciente interés por identificar los posibles factores de riesgo de la DM, el estudio del papel de los rasgos estereotipados de género empieza a ser objeto de análisis, y aunque los avances de la investigación son incipientes, al momento actual se han podido esbozar algunas hipótesis, a las cuales a continuación se hace referencia.

Hipermasculinidad

No obstante lo referido en el primer apartado, en el cual se abordaron los factores protectores para TCA, respecto a que algunos autores han señalado que hay indicios sobre los beneficios psicológicos relativos a la instrumentalidad (Barrett & White, 2002; Murnen & Smolak, 1997; Whitley, 1984), parece que esto no necesariamente aplica para el caso de la muscularidad. De inicio, se ha planteado un supuesto que pronostica que las personas con un mayor grado de adhesión a las características de masculinidad, también desplegarán mayores actitudes y conductas encaminadas al desarrollo muscular (Luciano, 2007; Magallares, 2013; McCabe & Ricciardelli, 2004; McCreary et al., 2005; Mishkind et al., 1986; Ricciardelli et al., 2006;

Wienke, 1998); incluso, en términos de hipermasculinidad, se ha señalado que ésta no sólo supondría una alta adhesión a los atributos estereotípicos masculinos, sino que además implicaría una baja presencia de los rasgos estereotipados de feminidad (Holbrook, Andersen, & Cohn, 2000). Esto bajo el argumento de que los hombres podrían recurrir al desarrollo muscular como uno de los recursos básicos para afirmar y demostrar su masculinidad, dado que cada vez hay un mayor número de mujeres —particularmente en las sociedades occidentalizadas— que han asumido, y sobresalido, en funciones que tradicionalmente habían sido dominio de lo masculino (Leit et al., 2001; Mussap, 2008).

Y aunque, como se revisará más adelante, existen investigaciones que han confirmado una relación entre masculinidad y algunos de los síntomas de DM, ciertos autores advierten que los procesos psicológicos que subyacen a este vínculo aún son no claros. Por ejemplo, también se ha considerado que dicha relación podría estar potencialmente explicada cuando se hacen presentes otros componentes de la personalidad, como la ansiedad, la depresión, la baja autoestima, el narcisismo o el exacerbado perfeccionismo (Brown & Graham, 2008; Carroll, 1989; Duncan, 1985; Kuennen & Waldron, 2007; O’Heron & Orlofsky, 1990), lo cual podría motivar a los hombres a optar por lograr un cambio corporal, como el desarrollo de la musculatura (Mussap, 2008); al respecto, Grogan y Richards (2002) precisan que sin bien a éste se le ha asociado con la masculinidad, por el contrario, a un cuerpo poco musculoso o con exceso de adiposidad se le asocia a debilidad no sólo física, sino también de carácter, lo que enfrenta al varón a una condición de vulnerabilidad a la ridiculización, al poner en entredicho su masculinidad. Así, el que los hombres se esfuercen en querer alcanzar el ideal corporal se entendería como un intento de controlar o apaciguar la ansiedad u

otros estados psicológicos suscitados por la percepción de que no se cumplen con las normas socioculturales que delinear a la masculinidad como un medio de compensar otros aspectos de su vida en los que se sienten inadecuados (Mussap, 2008).

De esta forma, análogo a lo que ocurre en la motivación por adelgazar en las mujeres, la motivación por incrementar la musculatura actúa a manera de presión sociocultural internalizada que supone que los hombres deben poseer un cuerpo musculoso (Blashill, 2011). Por tanto, y en consideración a lo planteado en la teoría sociocultural de los TCA, si los hombres delgados o que hacen dieta suelen ser percibidos como femeninos (Grogan & Richards, 2002), entonces habrá que examinar si el vínculo musculatura-masculinidad también se puede dar independientemente del sexo de las personas.

Discrepancia entre adhesión a los estereotipos de género e ideal

Ahora bien, podría suceder que la motivación por incrementar la musculatura se explicara por el grado de discrepancia percibido por un individuo en cuanto a su ideal prototípicamente masculino respecto de su nivel de rasgos autodescriptivos. Al respecto, Borchert y Heinberg (1996) encontraron que varones cuyas puntuaciones en masculinidad autodescriptiva fueron significativamente menores respecto de las de masculinidad ideal estaban más insatisfechos con sus cuerpos que aquellos con puntuaciones más cercanas entre sí; y, por el contrario, la discrepancia entre las puntuaciones en feminidad (autodescriptiva vs. ideal) no se relacionó con la insatisfacción corporal. Hallazgos que posteriormente Brown y Graham (2008) corroboraron en varones usuarios de gimnasios. Así, aunque aún se sabe poco acerca de la DM, es posible que los hombres que carecen de cualidades masculinas puedan tener problemas para cumplir con las expectativas culturales que ponderan éstas, lo

cual, en términos de imagen corporal, se reflejaría de forma negativa (Gillen & Lefkowitz, 2006).

Como ya se mencionó previamente, como parte de la presente investigación se realizó una revisión sistemática, la cual no sólo se abocó a aquellos artículos que hubiesen analizado la relación entre la adhesión a los roles de género basados en estereotipos sociales y los aspectos asociados a los TCA, sino que también abarcó los referentes a la DM. No obstante, del total de 36 artículos ubicados, sólo en cinco se abordó la muscularidad.

7. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS SOBRE DM Y ROLES ESTEROTIPADOS DE GÉNERO

Como ya se señaló, aquí se reseñan los resultados de la revisión sistemática realizada, pero considerando únicamente los cinco artículos que han evaluado la relación de la adhesión a los estereotipos de género con la insatisfacción corporal pro-musculatura u otros aspectos relacionados a la DM. Y si bien es reducido el número de artículos que al respecto se ubicaron, permiten identificar algunas tendencias en sus hallazgos.

Inicialmente, al examinar las características metodológicas de estos artículos, se encuentra que sólo uno contó con participantes de ambos sexos, mientras que cuatro únicamente incluyeron a varones y, de éstos, uno consideró tanto a varones heterosexuales como a gays (Brown & Graham, 2008), y otro sólo a gays (Kimmel & Mahalik, 2005). En cuanto al tipo de población, tres estudios fueron realizados en muestra comunitaria y dos con usuarios de gimnasios, a quienes suele considerárseles en mayor riesgo de desarrollar DM (Alvarez, Escoto, Vázquez et al., 2009; Barrientos et

al., 2014). Y, con respecto a la edad de los participantes, cuatro investigaciones se realizaron con adultos y sólo una con adolescentes.

Ahora bien, de acuerdo al tipo de análisis aplicado a los datos, sólo se ubicó un artículo en el que efectuaron comparación entre grupos. Kanayama et al. (2006), en una muestra de varones con experiencia en levantamiento de pesas, encontraron que los usuarios habituales de anabólicos y esteroides fueron más propensos a aprobar las características estereotípicamente masculinas que los ex-usuarios de dichas sustancias. En tanto que dos estudios incluyeron análisis correlacionales; por un lado, Smolak y Stein (2006) encontraron —en varones adolescentes— que la instauración del rol de género tradicional masculino, con respecto a la fuerza y el atletismo, se asoció positivamente con la motivación por la musculatura; es decir, los adolescentes asociaron las características atribuidos al prototipo masculino (como la fuerza y la actividad atlética) a la motivación por poseer un cuerpo con mayor masa muscular; y, por otro lado, Brown y Graham (2008) observaron, en una muestra de varones usuarios de gimnasios que incluyó tanto a heterosexuales como a homosexuales, que la feminidad autodescriptiva se asoció positivamente a las siguientes razones para hacer ejercicio: para controlar el peso corporal, para adelgazar, para mejorar la salud, y para mejorar la apariencia y la forma corporal, mientras que la masculinidad se asoció con los motivos siguientes: adelgazar, mejorar la salud y por diversión; sin embargo, al dividir la muestra por orientación sexual, la mayoría de estas correlaciones sólo se mantuvieron en el grupo de varones heterosexuales.

En el caso de análisis de datos con alcance predictivo, tres estudios incluyeron regresiones. Smolak y Murnen (2008) observaron que, considerando mujeres y hombres estudiantes universitarios, solamente en estos últimos dos componentes de la

conformidad con las normas sociales masculinas explicaron la motivación por incrementar la musculatura, los cuales fueron: el éxito y el desdén a los homosexuales. Mientras que en varones adolescentes, Smolak & Stein (2006) encontraron que la aprobación de los atributos físicos estereotipados como masculinos explicó —de manera directa— a la motivación por incrementar la musculatura, pero que también actuó como variable moderadora del efecto de la influencia de los medios de comunicación sobre dicha motivación. Finalmente, el tercer estudio evaluó el papel de la discrepancia en masculinidad (entre adhesión a rasgos estereotipados de género y el ideal socialmente prescrito) respecto a la insatisfacción corporal pro-musculatura en una muestra de varones homosexuales (Kimmel & Mahalik, 2005). Estos autores encontraron que la discrepancia no predijo a la insatisfacción corporal, pero sí lo hizo el malestar (*distress*) resultante de la percepción de no cumplir con el ideal muscular. Por tanto, concluyen que el simple hecho de estar de acuerdo con las normas tradicionales de masculinidad no probabilizan la insatisfacción corporal, pero si se pone de manifiesto la importancia de la sensación de malestar por percibir no cumplir con el ideal muscular prototípico masculino.

8. INVESTIGACIÓN SOBRE DM Y ADHESIÓN A LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN EL ÁMBITO NACIONAL

En cuanto al estudio de la sintomatología de DM y los estereotipos de género en México, solamente se ha ubicado un estudio realizado por Mena (2006). Esta investigación tuvo por objetivo conocer la relación entre la interiorización de los estereotipos de género masculinos expuestos en la publicidad de revistas y la insatisfacción corporal en varones estudiantes de nivel medio superior y superior. Como resultado, se encontró que a mayor insatisfacción corporal (querer ser más gruesos de

lo que son), fue mayor la interiorización de las características masculinas estereotipadas (físicas, psicológicas y de arreglo personal), así como mayor el deseo de parecerse a los modelos que aparecen en los anuncios publicitarios.

Para concluir, con base al incipiente trabajo existente hasta el momento en cuanto a la adhesión a los estereotipos de género y la DM, no es posible establecer con claridad en qué forma la masculinidad se ve asociada a la insatisfacción corporal pro-musculatura u otros aspectos ligados a este trastorno. Por tanto, resulta evidente la necesidad de no sólo realizar mayor investigación, sino que además ésta debiese mostrar mayor sistematización en el seguimiento de la línea de investigación, ya que los trabajos realizados parecen conceptual y metodológicamente inconexos, lo que imposibilita el establecimiento de supuestos y, más aún, de un cuerpo de conocimiento consistente.

Planteamiento del problema

De la revisión realizada de la literatura en cuanto a la vinculación entre la adhesión a los estereotipos de género y el desarrollo de los TCA o de la DM se detectan las siguientes necesidades: 1) profundizar en cuanto al papel de la androgenidad y la masculinidad como factores protectores de TCA; 2) extender el estudio de la relación entre los estereotipos de género y la muscularidad; 3) considerar la participación de variables mediadoras, por ejemplo, factores de ajuste psicológico como la autoestima, la ansiedad, entre otros; y 4) realizar estudios empíricos con base a diseños o empleo de técnicas estadísticas con mayor poder predictivo/explicativo, como lo puede ser el modelamiento a través del sistema de ecuaciones estructurales, ya que —al respecto— en la revisión sistemática de Bosques, Alvarez y Mancilla (2010), sólo se identificó un estudio de este tipo (Klingspor, 2002), ya antes abordado; mientras que —hasta el momento— en México no se han realizado estudios con alcance de predicción.

Asimismo, destaca la importancia de analizar la información surgida a partir de muestras no clínicas, en la cuales se pueda apreciar —en diferentes grados— los correlatos o síntomas de TCA o de DM, lo que representa una aproximación más cercana a cómo pueden estar presentes dentro de la población general.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la participación de la adhesión a los rasgos estereotipados de género, la ansiedad, la depresión y la baja autoestima en la predicción de la sintomatología del trastorno del comportamiento alimentario y de la dismorfia muscular en hombres y mujeres estudiantes universitarios?

Objetivos

General

Evaluar la participación de la adhesión a los estereotipos de género, la ansiedad, la depresión y la baja autoestima en la predicción de la sintomatología de TCA y de DM en hombres y mujeres estudiantes universitarios.

Específicos

1. Valorar la asociación de la adhesión a los estereotipos de género (autodescriptivo y discrepancia), así como factores de desajuste psicológico (depresión, ansiedad y baja autoestima) con la sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario y de dismorfia muscular.
2. Identificar las posibles vías de influencia de la adhesión a los estereotipos de género (autodescriptivo y discrepancia) sobre la sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario en hombres y mujeres universitarios, así como las posibles formas de mediación de factores de ajuste psicológico (depresión, ansiedad y baja autoestima).
3. Identificar las posibles vías de influencia de la adhesión a los estereotipos de género (autodescriptivo y discrepancia) sobre la sintomatología de DM en hombres y mujeres universitarios, así como las posibles formas de mediación de factores de ajuste psicológico (autoestima, depresión y ansiedad).

Modelos hipotéticos

A continuación se presentan los supuestos a probar en dos modelos hipotéticos generales, uno para la sintomatología de TCA (Figura 4) y otro para la sintomatología de DM (Figura 5). Cabe señalar que estos modelos fueron construidos a partir de: primero, la integración de los hallazgos obtenidos en el estado del arte; y segundo, la factibilidad de operativizar la relación entre medidas, variables y constructos, esto como fase preparatoria para el momento de realizar el modelamiento con ecuaciones estructurales.

Hipótesis del modelo para TCA

- 1) Mayor feminidad autodescriptiva y discrepancia, explicarán directamente la sintomatología de TCA. Al respecto, se espera que la discrepancia en feminidad sea un mejor predictor de la sintomatología de TCA que la feminidad autodescriptiva.
- 2) El desajuste psicológico mediará el efecto predictivo de la feminidad, tanto autodescriptiva como discrepancia, sobre la sintomatología de TCA.
- 3) Menor masculinidad autodescriptiva y mayor discrepancia explicarán directamente a la sintomatología de TCA.
- 4) El desajuste psicológico mediará el efecto predictivo de la masculinidad, tanto autodescriptiva como discrepancia, sobre la sintomatología de TCA.

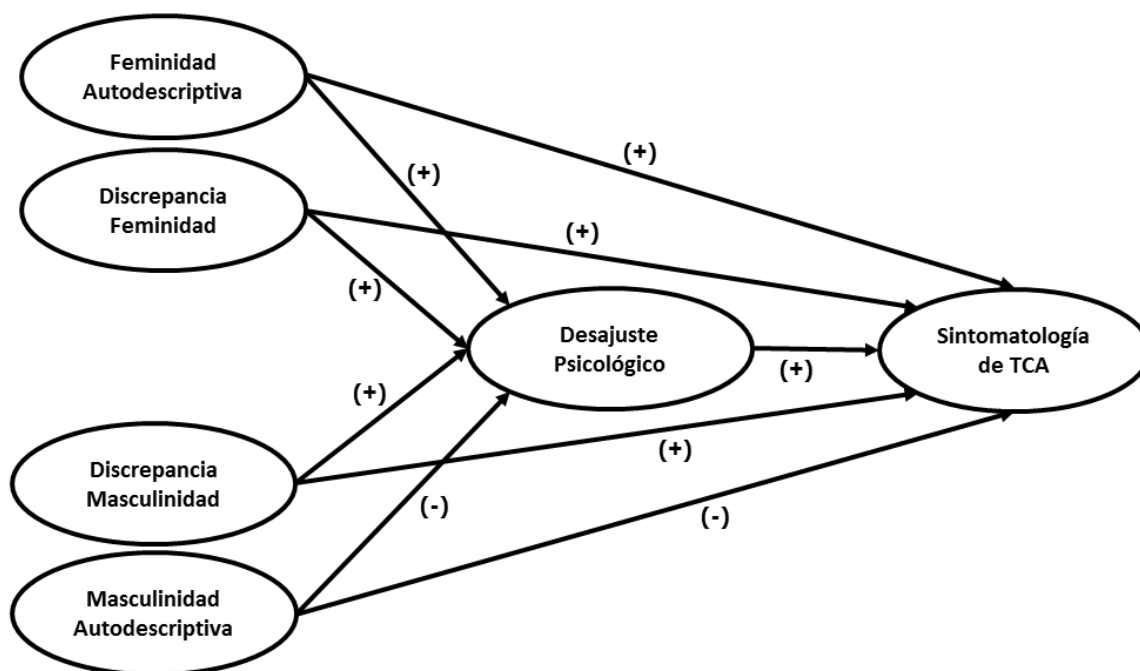


Figura 4. Modelo hipotético de estereotipos de género y desajuste psicológico como factores de riesgo para TCA en hombres y mujeres.

Hipótesis del modelo para DM

- 1) Mayor masculinidad autodescriptiva y mayor discrepancia, explicarán directamente a la sintomatología de DM. Al respecto, se espera que la discrepancia de masculinidad sea un mejor predictor de la sintomatología de DM que la masculinidad autodescriptiva.
- 2) El desajuste psicológico mediará el efecto predictor de la feminidad, tanto autodescriptiva como discrepancia, sobre la sintomatología de DM.
- 3) Menor feminidad autodescriptiva y mayor discrepancia explicarán directamente a la sintomatología de DM.

4) El desajuste psicológico mediará el efecto predictivo de la masculinidad tanto autodescriptiva como discrepancia, sobre la sintomatología de DM.

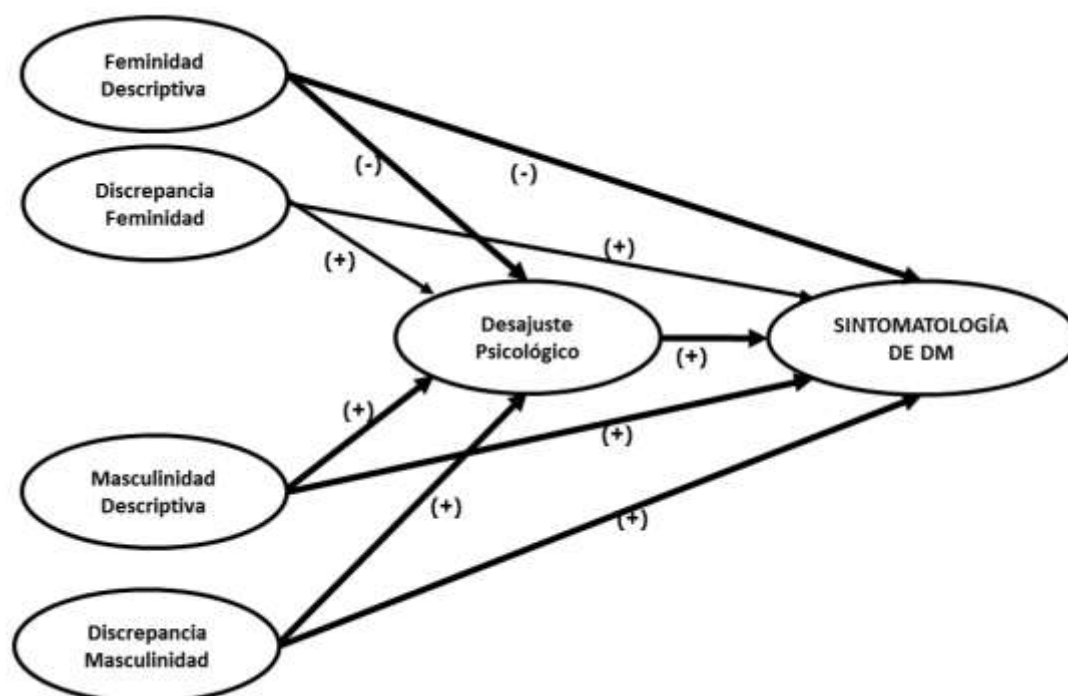


Figura 5. Modelo hipotético de estereotipos de género y desajuste psicológico como factores de riesgo para DM en hombres y mujeres.

Método

Muestra

Para la realización del presente estudio se calculó el poder estadístico y el tamaño del efecto a priori con G*Power versión 3.1.3 para Windows (Buchner, Erdfelder, & Faul, 1997; Cohen, 1992), el cual indicó un tamaño muestral de al menos 252 participantes para correlaciones bivariadas ($1 - \beta = .95$; $f^2 = .30$; $p = .001$). En tanto que la estimación del tamaño de la muestra para realizar comparaciones entre grupos independientes fue de 290 participantes ($1 - \beta = .95$; $f^2 = .50$; $p = .01$). Dichas estimaciones coinciden con el tamaño de la muestra sugerido por Kline (2005) para la Modelación por Ecuaciones Estructurales (MEE), que es de entre 200 y 300 participantes (dependiendo de si es *path analysis* o MEE). Particularmente, este autor señala que la MEE es una técnica de muestras grandes, por lo que especifica que al menos se deben considerar 100 casos, de modo que una muestra que comprenda entre 100 y 200 casos es de un tamaño medio, y más de 200 es grande.

Por tanto, al considerar como criterios de inclusión el que los participantes contestaran por completo la batería de evaluación y que su edad se encontrara dentro del rango de edad propuesto (de 18 a 35 años), la muestra de esta investigación fue no probabilística de tipo intencional, la cual quedó constituida por 315 estudiantes universitarios de entre 17 y 34 años de edad ($M = 20.68$, $DE = 2.59$), de los cuales 164 fueron mujeres (edad promedio = 20.42, $DE = 2.28$) y 151 varones (edad promedio = 20.95, $DE = 2.88$), sin detectar diferencia significativa entre sexos respecto a la edad ($t = 1.83$, $p = .07$). Todos provenientes de instituciones educativas ubicadas en la zona metropolitana de la Ciudad de México. Específicamente, 59.4% de la muestra

correspondieron a instituciones públicas y 40.6% a privadas; además, cabe mencionar que en el muestreo se consideró que no fuesen alumnos de una sola carrera, de modo que se abarcaron 14 distintas.

Tipo de estudio y de diseño

El estudio fue de campo, no experimental y con diseño transeccional-correlacional-causal.

Instrumentos

Test de Actitudes Alimentarias (EAT, por sus siglas en inglés). Instrumento desarrollado por Garner y Garfinkel (1979) con la finalidad de identificar la presencia de los síntomas característicos de los TCA. Este cuestionario consta de 40 preguntas tipo Likert, con seis opciones de respuesta. En México ha sido validado en varones de muestra comunitaria, en los que Vázquez et al. (2010) mostraron que el EAT cuenta con adecuada consistencia interna ($\alpha = .79$); en tanto que en mujeres ha sido validado tanto en muestra comunitaria (Alvarez, Vázquez, Mancilla, & Gómez, 2002) como en muestra clínica (Alvarez-Rayón et al., 2004), mostrando poseer —en ambos casos— buena consistencia interna ($\alpha = .72$ y $.90$, respectivamente); además, en este segundo estudio se propuso una estructura de cinco factores: Dieta restrictiva, Motivación para adelgazar, Bulimia, Preocupación por la comida y Presión social percibida. No obstante, para el presente proyecto únicamente se retomó la puntuación del factor dieta restrictiva, el cual mostró tener adecuada consistencia interna ($\alpha = .83$) en la muestra del presente estudio.

Test de Bulimia (BULIT, por sus siglas en inglés). Fue diseñado por Smith y Thelen (1984) con el propósito de identificar la presencia de los síntomas característicos de la BN. Este instrumento se compone de 36 preguntas tipo Likert, con cinco opciones de respuesta. En población mexicana, el análisis de sus propiedades psicométricas se ha realizado en mujeres (Alvarez, Mancilla, & Vázquez, 2000) y varones de muestra comunitaria (Alvarez et al., 2007), obteniéndose buenos indicadores de consistencia interna ($\alpha = .88$ y $.82$, respectivamente). En ambos estudios se reporta que el BULIT está compuesto por tres factores: Atracón, Conductas compensatorias y Sentimientos negativos posteriores al atracón. No obstante, en la presente investigación sólo se retomaron las puntuaciones de los dos primeros factores, mismos que en esta muestra mostraron los coeficientes *alpha* de Cronbach siguientes: $.79$ y $.57$, respectivamente.

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, por sus siglas en inglés). Diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) con el objetivo de evaluar la insatisfacción corporal, aspecto inherente a la DM y los TCA. Este instrumento tiene 34 ítems tipo Likert, con seis opciones de respuesta. No obstante, para la presente investigación se empleó una versión adaptada del BSQ original (BSQ-V; Mendoza et al., 2010), la cual mostró excelente consistencia interna ($\alpha = .95$) en varones mexicanos, y una estructura de tres factores: insatisfacción corporal general, insatisfacción corporal pro-adelgazamiento e insatisfacción corporal pro-musculatura. Es preciso indicar que en el presente estudio únicamente se retomaron los dos últimos, los que en la muestra del presente estudio mostraron buena consistencia interna ($\alpha = .93$ y $.84$, respectivamente).

Escala de Motivación por la Musculatura (DMS, por sus siglas en inglés). Fue elaborado por McCreary y Sasse (2000) con la finalidad de medir los síntomas de DM, a partir de 15 ítems tipo Likert, con seis opciones de respuesta. En población mexicana,

la DMS fue validada preliminarmente por Alvarez, Escoto, Franco et al. (2009), quienes mostraron que posee adecuada consistencia interna, tanto en mujeres ($\alpha = .75$) como en varones ($\alpha = .83$), y una estructura de tres factores: Motivación para incrementar musculatura, Adherencia al entrenamiento y Consumo de sustancias. Posteriormente, considerando únicamente a varones, Escoto et al. (2013) confirmaron tanto que la DMS posee una buena consistencia interna ($\alpha = .83$) como su estructura tri-factorial. En la presente investigación se retomaron esos tres factores, los que en esta muestra también mostraron poseer adecuada consistencia interna: .87, .72 y .70, respectivamente.

Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés). Diseñado por Beck y Steer (1993) para evaluar la presencia de los principales síntomas de la depresión. Ha sido validado en población mexicana por Jurado et al. (1998), quienes confirmaron que posee buena consistencia interna ($\alpha = .87$). El BDI está conformado por 21 ítems tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta. Para este estudio se retomó la puntuación total del inventario, en cuya muestra también mostró tener adecuada consistencia interna ($\alpha = .81$).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, por sus siglas en inglés). Diseñado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988) con el propósito evaluar la presencia y severidad de los principales síntomas de ansiedad. Fue validado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), mostrando poseer buena consistencia interna en estudiantes universitarios ($\alpha = .84$). Está constituido por 21 reactivos tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta. Al igual que en el caso anterior, en el presente estudio se retomó exclusivamente la puntuación total, confirmándose su buena consistencia interna en esta muestra ($\alpha = .85$).

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES, por sus siglas en inglés). Fue diseñada por Rosenberg (1965) con la finalidad de medir el sentimiento que una persona tiene hacia sí mismo, que puede ser positivo o negativo, y que se construye por medio de una evaluación de sus propias características. En 2005, Schmitt y Allik realizaron un estudio multicultural en 53 naciones, en el cual se reportó que en México la escala mostró tener una consistencia interna adecuada ($\alpha = .73$). La RSES está constituida por 10 ítems diseñados bajo el formato de una escala tipo Likert de cuatro puntos.

Como parte de la presente investigación, en tanto un estudio preliminar, fueron analizadas las propiedades psicométricas de la RSES (ver Anexo 1), porque pese a que es un instrumento ampliamente empleado en torno a la investigación sobre TCA y ha mostrado ser funcional (Byrne & McLean, 2002; Klingenspor, 2002; Smolak & Stein, 2006; Thompson et al., 1999; Tylka & Subich, 2004), se han observado ciertas inconsistencias en cuanto a las diferentes traducciones que al español se han hecho del instrumento (González-Forteza, Andrade, & Jiménez, 1997; Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2007; Rojas-Barahona, Zegers, & Forster, 2009; Vázquez, Jiménez, & Vázquez-Morejón, 2004). Como resultado de dicho estudio preliminar se obtuvo una versión de la RSES de ocho ítems, bajo una estructura unidimensional, la cual mostró tener adecuada consistencia interna ($\alpha = .79$), lo que posteriormente se confirmó con la muestra del presente estudio ($\alpha = .73$). Cabe señalar que, para la presente investigación, se invirtió la puntuación del RSES de tal forma que sus coeficientes se conservaran con signo positivo como en el caso del BAI y del BDI. Por tanto, una mayor puntuación del RSES indica una baja autoestima.

Inventario de Roles Sexuales de Bem, (BSRI; por sus siglas en inglés). Fue diseñado por Bem (1974) con el objetivo de evaluar el grado de adhesión de una persona a las características estereotipadas de feminidad y de masculinidad, consideradas éstas como dimensiones independientes, ortogonales e interactuantes. La versión original está conformada por 60 ítems tipo Likert de siete puntos. Los ítems se dividen en tres escalas, con 20 cada una: masculinidad, feminidad y neutral, sin embargo, en la estimación de los estereotipos de género sólo se retoman las puntuaciones de las dos primeras; además, con base a la combinación de éstas es posible obtener otras dos categorías: la andrógina (alta feminidad y alta masculinidad) y la indiferenciada (baja masculinidad y baja feminidad).

En México, el BSRI fue traducido y adaptado por Acuña, Bruner y Ávila (1994), encontrando que sus escalas poseen buena consistencia interna: masculinidad ($\alpha = .85$) y feminidad ($\alpha = .81$). Sin embargo, al igual que en el caso del instrumento empleado para evaluar la autoestima, como parte de la presente investigación, en tanto un estudio preliminar, fueron re-examinadas las propiedades psicométricas del BSRI en mujeres y varones mexicanos (Bosques, Alvarez, & Escoto, en prensa). Esto dio lugar a la derivación de una versión breve del instrumento, conformada por sólo 28 ítems, divididos en dos escalas —cada una con 14 ítems— que mostraron poseer buena consistencia interna: feminidad ($\alpha = .89$) y masculinidad ($\alpha = .85$). Estructura factorial que mostró su adecuación tras someterla a verificación con base a la aplicación de análisis factorial confirmatorio ($\chi^2 = 735.78$, $p < .00000$, $\chi^2/df = 2.03$; NNFI = .84, CFI = .86, IFI = .86, GFI = .83, SRMR = .08, RMSEA = .06). Por tanto, esta versión breve del BSRI fue la retomada para la presente investigación y, de igual forma, en esta muestra

también mostró tener buena consistencia interna en sus dos escalas: feminidad ($\alpha = .88$) y masculinidad ($\alpha = .82$).

No obstante, cabe indicar que la presente investigación requirió realizar una doble aplicación del BSRI, ello con base a dos instrucciones diferentes. La primera para determinar la dimensión autodescriptiva, en donde al participante se le requería indicara en qué grado cada rasgo describe su manera de ser; y la segunda para la dimensión ideal, en donde al participante se le requería indicara en qué medida le gustaría poseer cada rasgo. Posteriormente, con base a la diferencia entre estas puntuaciones (por resta simple) substrayendo la puntuación autodescriptiva de la ideal, se derivó el valor que denota el grado de discrepancia en los rasgos estereotipados de género, y esto para el caso de cada una de las dos escalas del instrumento. Asimismo, es importante precisar que se consideró el ideal personal dado que, por una parte, se ha encontrado un mayor uso de este índice en diferentes estudios abocados al análisis de la discrepancia en rasgos estereotipados de género y los TCA (Bosques et al., 2010) y, por otra parte, porque al menos en población mexicana se han encontrado resultados similares cuando se mide el ideal personal y el ideal socialmente prescrito, es decir, cuando al participante se le requiere describir qué características cree que se esperan de la mujer o del hombre, según sea el caso del respondiente, en nuestra sociedad (Alvarez, Vázquez, López et al., 2002; Bosques, 2003; González, 2009).

Para mayor ilustración, la definición conceptual y operacional de cada variable se precisa en el Anexo 2.

Procedimiento

Recolección de datos

Se acudió a cada una de las instituciones educativas para explicar a los directivos el objetivo de la investigación y solicitar su autorización para efectuar la aplicación de la batería de evaluación a sus alumnos. Una vez obtenida la aprobación, se procedió a establecer las fechas y horarios de aplicación. El contacto con los alumnos participantes se hizo en sus salones de clase, a quienes también se les explicó el objetivo del proyecto y se les precisó la importancia de contar con su participación. Ésta fue voluntaria y previa firma del consentimiento informado. Finalmente, la aplicación se realizó de manera grupal, de entre 20 y 30 estudiantes), y en una sola sesión con duración aproximada de 45 minutos.

Análisis de datos

Para el análisis comparativo por sexo respecto a las variables de interés (estereotipos de género, desajuste psicológico, sintomatología de TCA y sintomatología de DM) se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes. Asimismo, para la asociación entre las variables se aplicaron correlaciones bivariadas (*r* de Pearson), utilizando el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para Windows versión 16. Posteriormente se llevó a cabo la MEE, con el programa *Structural Equation Program* (EQS) para Windows versión 6.1 (Bentler, 2004) y con base al método de máxima verosimilitud debido a que es un procedimiento que mejora iterativamente las estimaciones de parámetros para minimizar una función de ajuste especificada (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009). Para efecto de la conformación de las variables latentes, las cuales son “entidades” no observadas que se presume

subyacen a las variables observadas (Kerlinger & Lee, 2002), se realizaron dos parcelas —de siete u ocho ítems cada una— para representar los constructos³ autodescriptivos y de discrepancia, correspondientes a feminidad y a masculinidad. Además, en los diagramas se fijó una variable en cada uno de los constructos (media igual a cero y varianza a igual a uno) para poder conformar parámetros del modelo y, por último, se establecieron correlaciones entre cada uno de las variables exógenas⁴.

Los MEE se realizaron de manera independiente para TCA y para DM debido a que los efectos de algunos factores clave (e.g., autodescripción y discrepancia en masculinidad) podrían tener distintas direcciones sobre cada una de las variables endógenas. Además, es preciso señalar que para la interpretación y análisis de los datos en los MEE construidos en el presente estudio, en apego a lo sugerido por Ruíz, Pardo, & San Martín, 2010), se consideraron únicamente los coeficientes —de correlación y de regresión— mayores a .10. Finalmente, para valorar el grado de ajuste de los modelos obtenidos, se retomaron los índices de bondad de ajuste y los parámetros que para cada uno de ellos se han recomendado, los cuales fueron los siguientes:

Chi-cuadrada (χ^2), que debe ser no significativa ($p > .05$), y χ^2 normada, que es la χ^2/df , cuyo valor debe ubicarse entre 1.00 y 2.00. En cuanto al índice de ajuste normalizado (NFI), índice de Tucker-Lewis (NNFI), índice de ajuste comparativo (CFI), índice de ajuste incremental (IFI) e índice de ajuste de McDonald (MFI), que deben mantenerse por arriba de .95; en tanto que el índice de bondad de ajuste (GFI) y el

³ Este término denota aquellos conceptos creados o adoptados —de forma deliberada, consiente y sistemática— para un propósito científico especial, pero que se definen y especifican de tal forma que puedan ser medibles (Kerlinger & Lee, 2002).

⁴ Son variables latentes multi-ítems a las que se les considera equivalentes a las variables independientes; es decir, son constructos determinados por factores externos al modelo (Hair et al., 2009).

índice de bondad de ajuste corregido (AGFI) deben ser mayores a .90; contrariamente, el valor del residuo cuadrático medio estandarizado (RMR) no debe ser mayor a .05, y el del error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) tendría que ser menor a .08 (aunque algunos autores sugieren que a .06); finalmente, el límite superior del intervalo de confianza de RMSEA no debe ser mayor de .10 (Bentler, 2004; Kline, 2005; Mulaik, 2009; Tabachnick & Fidell, 2001).

Resultados

Análisis descriptivos

De inicio, en la tabla 1 se presentan las puntuaciones promedio y las desviaciones estándar (*DE*) en cada una de variables evaluadas. Se puede observar que las mujeres obtuvieron puntuaciones promedio significativamente mayores que los varones en: dieta restrictiva, insatisfacción corporal pro-delgadez, ansiedad y feminidad (autodescriptiva e ideal). Y, por el contrario, los varones tuvieron puntuaciones mayores en: actitudes pro-musculatura, consumo de sustancias, adherencia al entrenamiento, y masculinidad autodescriptiva. Resulta relevante señalar que si bien, como se esperaba, se observó que la insatisfacción corporal pro-adelgazamiento fue mayor en las mujeres que en los varones, la insatisfacción corporal pro-musculatura no difirió entre hombres y mujeres, de modo que ambos sexos reportaron estar igualmente inconformes en cuanto a su musculatura.

Por otra parte, con respecto a los estereotipos de género, como se esperaba, en feminidad autodescriptiva las mujeres obtuvieron una puntuación significativamente mayor que los varones y, por el contrario, en masculinidad autodescriptiva la de estos fue mayor a la de las mujeres. En el caso de los estereotipos de género ideales, aunque la puntuación de las mujeres en feminidad ideal fue mayor a la de los varones, no se identificó diferencia por sexo en la masculinidad ideal. Respecto a la discrepancia, se puede apreciar que tanto en el caso de la feminidad como de la masculinidad, los promedios registrados para hombres y mujeres fueron positivos. Esto quiere decir que ambos sexos manifestaron idealizar el poseer más rasgos de los que perciben poseer.

Sin embargo, habrá que subrayar que no se observaron diferencias significativas por sexo en estas puntuaciones.

Tabla 1

Medias y desviaciones estándar de los factores que conforman los constructos de TCA, DM, desajuste psicológico y la adhesión a los estereotipos de género

CONSTRUCTOS	MUESTRA TOTAL	MUJERES	HOMBRES	t
	(N = 315)	(n = 164)	(n = 151)	
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	
SINTOMATOLOGÍA DE TCA				
Dieta restrictiva	15.62 (6.60)	16.83 (7.32)	14.32 (5.43)	3.47*
Atracón	16.94 (5.25)	16.44 (5.42)	17.50 (5.01)	1.80
Conductas compensatorias	4.45 (1.32)	4.52 (1.52)	4.37 (1.05)	0.99
IC pro-delgadez	19.28 (10.03)	22.29 (10.24)	16.00 (8.72)	5.89**
SINTOMATOLOGÍA DE DM				
Actitudes pro-musculatura	13.90 (7.10)	10.71 (5.39)	17.36 (7.11)	9.29**
Consumo de sustancias	4.83 (2.06)	4.49 (1.50)	5.20 (2.49)	3.01*
Adherencia al entrenamiento	6.33 (3.20)	5.39 (2.64)	7.35 (3.45)	5.63**
IC pro-musculatura	20.13 (7.82)	19.49 (8.06)	20.82 (7.53)	1.51
DESAJUSTE PSICOLÓGICO				
Autoestima	11.45 (3.13)	11.17 (2.61)	11.75 (3.59)	1.62
Ansiedad	12.09 (8.53)	13.34 (8.22)	10.73 (8.70)	2.73*
Depresión	6.78 (5.37)	7.25 (5.09)	6.28 (5.63)	1.61
FEMINIDAD				
Feminidad autodescriptiva	5.34 (0.85)	5.56 (0.67)	5.10 (0.96)	4.92**
Feminidad ideal	5.77 (1.00)	6.05 (0.78)	5.48 (1.23)	5.20**
Discrepancia en feminidad	0.43 (0.88)	0.48 (0.77)	0.37 (0.98)	1.10
MASCULINIDAD				
Masculinidad autodescriptiva	5.00 (0.79)	4.87 (0.79)	5.14 (0.77)	3.12*
Masculinidad ideal	5.84 (0.77)	5.81 (0.69)	5.89 (0.85)	0.92
Discrepancia en masculinidad	0.85 (0.92)	0.93 (0.87)	0.74 (0.96)	1.88

Nota: IC = Insatisfacción corporal.

* $p < .01$, ** $p < .0001$.

Análisis de correlación

Con el objetivo de valorar la asociación de los estereotipos de género (descriptivo, ideal y discrepancia entre ellas), la autoestima, la depresión y la ansiedad con los síntomas de TCA (dieta restrictiva, atracón, conductas compensatorias e

insatisfacción corporal pro-delgadez) y de DM (actitudes favorables hacia la musculatura, adherencia al entrenamiento, consumo de sustancias e insatisfacción corporal pro-musculatura), se calcularon coeficientes de correlación r de Pearson. A continuación se describen los resultados de estos análisis en la muestra total y por sexo.

En la muestra total (Tabla 2), con lo que respecta a los TCA, los cuatro síntomas mostraron correlaciones significativas y positivas con dos de los aspectos del ajuste psicológico: la ansiedad y la depresión; aunque destacaron, con una mayor magnitud, las observadas con la conducta de atracón y con la insatisfacción corporal pro-delgadez, mismas que también correlacionaron, aunque débilmente, con el tercer aspecto del ajuste psicológico: la baja autoestima. Y, en lo que refiere a los estereotipos de género, únicamente se encontró que la discrepancia en masculinidad se asoció débilmente —y de manera positiva— con la insatisfacción corporal pro-delgadez. Por otra parte, en lo que respecta a los síntomas de DM, las actitudes y la insatisfacción corporal pro-musculatura —principalmente esta última— se asociaron significativamente con la baja autoestima, la ansiedad y la depresión. En cuanto a los estereotipos de género, la masculinidad autodescriptiva se asoció, aunque débilmente, con mayor adherencia al entrenamiento y el consumo de sustancias; mientras que la discrepancia en masculinidad correlacionó positivamente con las actitudes favorables hacia la musculatura y la insatisfacción corporal pro-musculatura.

También se analizó la correlación entre las variables de desajuste psicológico con las de adhesión a los estereotipos de género. En general, se encontraron asociaciones significativas entre las variables, a excepción de la feminidad autodescriptiva con la ansiedad, y la discrepancia en feminidad con la autoestima.

Destaca la asociación negativa de la masculinidad autodescriptiva con las tres variables del desajuste psicológico, así como la asociación positiva de la discrepancia en masculinidad con mayor ansiedad y depresión.

En las mujeres (Tabla 3), con lo que respecta a los TCA, nuevamente los cuatro síntomas mostraron correlaciones significativas y positivas con dos de los aspectos del desajuste psicológico: la ansiedad y la depresión; aunque destacaron con una mayor magnitud, en el caso de la depresión, su asociación con la dieta restrictiva, el atracón y la insatisfacción corporal pro-delgadez; mientras que en, el caso de la ansiedad, sólo con dicha insatisfacción corporal y el atracón. A la vez que este último fue el único síntoma que correlacionó —aunque débilmente— con una baja autoestima. En lo que refiere a los estereotipos de género y los síntomas de TCA, sólo se encontró que la masculinidad se asoció positivamente —y de manera débil— a mayor dieta restrictiva. Por otra parte, en lo que corresponde a la DM, destaca ampliamente la asociación positiva de la insatisfacción corporal pro-musculatura con la depresión y la ansiedad, misma que también se asoció con más actitudes pro-musculatura y mayor consumo de sustancias, mientras que la depresión estuvo asociada con mayor adherencia al entrenamiento. Contrariamente, la baja autoestima no mostró ninguna correlación significativa con los síntomas de DM. En cuanto a la asociación entre estos y los estereotipos de género, sólo se encontró que la feminidad autodescriptiva se asoció débilmente con mayor adherencia al entrenamiento; mientras que la discrepancia en masculinidad lo estuvo con las actitudes pro-musculatura.

Por último, con lo que respecta a la correlación entre los estereotipos de género y los aspectos de desajuste psicológico, únicamente se apreciaron asociaciones significativas de estos con las dos variables de masculinidad: autodescriptiva y

discrepancia; sin embargo, en el primer caso fueron negativas y, en el segundo, positivas.

En los varones (Tabla 4), con lo que respecta a los cuatro síntomas de TCA, estos estuvieron significativamente correlacionados —y de manera positiva— con la ansiedad y la depresión, sin embargo destacan las registradas con la insatisfacción corporal por-delgadez; en tanto que la baja autoestima sólo se asoció con la dieta restrictiva y dicha insatisfacción. En lo que refiere a los estereotipos de género, no se encontró que estos se asociaran con los síntomas de TCA. Por otra parte, respecto a los síntomas de DM, únicamente se encontró que las actitudes favorables y la insatisfacción pro-musculatura se asociaron significativamente —y positivamente— con los tres aspectos de desajuste psicológico. Por último, en cuanto a los estereotipos de género, sólo se observaron dos correlaciones significativas —aunque débiles— de estos con los síntomas de DM; por una parte, mayor masculinidad autodescriptiva se asoció a mayor consumo de sustancias y, por otra parte, la discrepancia en masculinidad se asoció positivamente con las actitudes favorables hacia la musculatura.

Por último, con lo que respecta a la correlación entre los estereotipos de género y los aspectos de desajuste psicológico, se observó que la feminidad autodescriptiva se asoció negativamente —y de manera débil— con la depresión y la baja autoestima; en tanto que la discrepancia en feminidad correlacionó positivamente con la ansiedad. Por el contrario, aunque la masculinidad autodescriptiva se asoció negativamente con la ansiedad, la depresión y la baja autoestima, la discrepancia en masculinidad correlacionó con mayor ansiedad y depresión.

Tabla 2

Correlación de los síntomas de TCA y DM con las variables de ajuste psicológico y los estereotipos de género en la muestra total (N = 315)

	Feminidad autodescriptiva	Masculinidad autodescriptiva	Discrepancia en feminidad (ideal-autodesc.)	Discrepancia en masculinidad (ideal-autodesc.)	Autoestima	Ansiedad	Depresión
Dieta restrictiva	.10	.09	.04	.01	.09	.21****	.27****
Atracón	-.02	.07	.08	.08	.18***	.38****	.31****
Conductas compensatorias	.04	-.03	.05	.09	.06	.20****	.22****
Insatisfacción corporal pro-delgadez	.05	-.07	.10	.13*	.14**	.33****	.39****
Actitudes favorables a la musculatura	-.05	.01	.03	.15**	.15**	.14**	.19***
Adherencia al entrenamiento	.01	.17**	.04	-.09	.02	-.03	.06
Consumo de sustancias	.01	.17**	.03	-.07	.07	.06	.00
Insatisfacción corporal pro-musculatura	.04	.09	.07	.11*	.19***	.30****	.36****
Autoestima	-.16**	-.22***	-.05	.15**	-	.28****	.38****
Ansiedad	-.04	-.22***	.18***	.28****	-	-	.59****
Depresión	-.11*	-.23***	.11*	.26****	-	-	-

*Nota: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, **** p < .0001.*

Tabla 3

Correlación de los síntomas de TCA y DM con las variables de ajuste psicológico y los estereotipos de género en las mujeres (n= 164).

	Feminidad autodescriptiva	Masculinidad autodescriptiva	Discrepancia en feminidad (ideal-autodesc.)	Discrepancia en masculinidad (ideal-autodesc.)	Autoestima	Ansiedad	Depresión
Dieta restrictiva	.12	.16*	.07	-.02	.02	.19*	.32****
Atracón	-.02	.04	.03	.10	.22**	.53****	.37****
Conductas compensatorias	.06	.06	.07	.09	.04	.21**	.22**
Insatisfacción corporal pro-delgadez	.01	.02	.05	.05	.12	.29****	.42****
Actitudes favorables a la musculatura	.01	-.05	.03	.17*	.00	.16*	.14
Adherencia al entrenamiento	.18*	.13	.01	-.09	-.02	.03	.18*
Consumo de sustancias	.00	.08	.03	.00	-.01	.17*	.12
Insatisfacción corporal pro-musculatura	.01	.03	.06	.11	.14	.35****	.40****
Autoestima	-.06	-.36****	-.13	.23**	-	.32****	.44****
Ansiedad	-.02	-.16*	.12	.25***	-	-	.55****
Depresión	-.09	-.19*	.06	.25***	-	-	-

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, **** $p < .0001$.

Tabla 4

Correlación de los síntomas de TCA y DM con las variables de ajuste psicológico y los estereotipos de género en los varones (n= 151)

	Feminidad autodescriptiva	Masculinidad autodescriptiva	Discrepancia en feminidad (ideal-autodesc)	Discrepancia en masculinidad (ideal-autodesc)	Autoestima	Ansiedad	Depresión
Dieta restrictiva	-.01	.07	-.01	.02	.21**	.20**	.18*
Atracón	.03	.07	.13	.09	.14	.26***	.28****
Conductas compensatorias	-.01	-.15	.02	.08	.10	.19*	.23**
Insatisfacción corporal pro-delgadez	-.09	-.07	.13	.16*	.24***	.31****	.35****
Actitudes favorables a la musculatura	.13	-.11	.10	.27***	.19*	.31****	.35****
Adherencia al entrenamiento	.06	.13	.10	-.03	.00	.06	.02
Consumo de sustancias	.09	.20**	.05	-.08	.09	.05	-.05
Insatisfacción corporal pro-musculatura	.09	.12	.05	-.08	.22**	.27***	.34****
Autoestima	-.18*	-.16*	.01	.10	-	.29****	.35****
Ansiedad	-.14	-.23**	.23**	.28***	-	-	.62****
Depresión	-.18*	-.24***	.15	.25***	-	-	-

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, **** $p < .0001$.

Modelamiento por ecuaciones estructurales

Predicción de la sintomatología de TCA

Con la finalidad de analizar la contribución de los componentes de los estereotipos de género (autodescriptivos y de discrepancia), así como del desajuste psicológico sobre la predicción de la sintomatología de TCA, se realizó el MEE considerando a hombres y mujeres ($N = 315$). No obstante, se eliminaron cinco casos debido a que mostraron un comportamiento de respuesta que incrementaba la contribución a la curtosis multivariante normalizada; de esta forma, la muestra quedó conformada por 310 participantes (162 mujeres y 148 varones). Asimismo, es pertinente señalar que el constructo (variable latente) desajuste psicológico quedó conformado por tres variables observadas: autoestima, ansiedad y depresión; además de que, como ya se mencionó, para efecto de la conformación de este constructo se invirtió la puntuación del RSES, a modo de que los coeficientes de las tres variables conservaran un signo positivo, indicativo de mayor desajuste.

Para obtener el ajuste de los modelos finales (Figuras 6, 7 y 8) se establecieron correlaciones entre errores de variables observadas y disturbios de constructos, ello con base a los resultados de la prueba de multiplicadores de Lagrange y a los residuos estandarizados más elevados ($> .10$). En la tabla 5 se pueden observar los índices del modelo inicial y del ajustado para el caso de las tres muestras (total, mujeres y varones). Respecto al modelo ajustado para la muestra total, la medida de ajuste ratio de verosimilitud chi-cuadrada fue no significativa ($\chi^2 = 68.77$, $gl = 52$, $p = .06$), esto al igual que en el caso del modelo para mujeres ($\chi^2 =$

84.41, $gl = 66$, $p = .06$) así como para el referente a varones ($x^2 = 66.30$, $gl = 51$, $p = .07$), y en los tres casos los índices de bondad de ajuste fueron adecuados (Tabla 6).

Tabla 5

Índices de bondad de ajuste de los modelos para la predicción de la sintomatología de TCA

Muestra	x^2	gl	RMSEA (90% I.C.)	NNFI	CFI
TOTAL (N = 310)					
Estructura del modelo original	470.03	76	.13 (.118, .141)	.75	.82
Modelo estructural final	68.77	52	.03 (.000, .051)	.98	.99
MUJERES (n = 162)					
Estructura del modelo original	265.48	75	.13 (.109, .142)	.75	.82
Modelo estructural final	84.41	66	.04 (.000, .066)	.97	.98
VARONES (n = 148)					
Estructura del modelo original	456.05	81	.18 (.161, .193)	.57	.67
Estructura del modelo sin masculinidad autodescriptiva	158.99	56	.11 (.091, .132)	.83	.87
Modelo estructural final	66.30	51	.04 (.000, .073)	.97	.98

Nota: RMSEA = Error de aproximación cuadrático medio (90% Intervalo de Confianza), NNFI = Índice Tucker-Lewis, CFI = Índice de ajuste comparativo.

En la muestra total, la varianza explicada de la sintomatología de TCA fue del 29% y del desajuste psicológico 18%; en las mujeres fueron 31% y 5%, respectivamente; en tanto que en los varones fueron 19% y 20%, respectivamente. En los modelos de la muestra total y de las mujeres se conservaron todas las variables exógenas, mientras que en el caso de los varones el factor masculinidad autodescriptiva salió del modelo final.

Tabla 6

Índices de bondad de ajuste de los modelos retenidos para la predicción de la sintomatología de TCA

	Índices		
	TOTAL (N = 310)	MUJERES (n = 162)	HOMBRES (n = 148)
Índice de ajuste normalizado (NFI)	.97	.93	.93
Índice Tucker-Lewis (NNFI)	.98	.97	.97
Índice de ajuste comparativo (CFI)	.99	.98	.98
Índice de ajuste incremental (IFI)	.99	.98	.98
Índice de ajuste de McDonald (MFI)	.97	.94	.95
Índice de bondad de ajuste (GFI)	.97	.94	.94
Índice de bondad del ajuste corregido (AGFI)	.93	.88	.89
Residuo cuadrático medio estandarizado (RMR Est.)	.04	.07	.07
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA)	.03	.04	.04
Intervalo de confianza de RMSEA (90% CONF. RMSEA)	(.000, .051)	(.000, .066)	(.000, .073)

En la tabla 7 se expresan los efectos directos, indirectos y totales estimados. Al respecto, es importante destacar tres hechos particularmente relevantes: 1) en la muestra total y en la de mujeres la feminidad (autodescriptiva y discrepancia) tuvo efectos directos positivos en la predicción de la sintomatología de TCA, en tanto que los efectos directos de la masculinidad (autodescriptiva y discrepancia) fueron negativos; 2) dichos efectos fueron sustancialmente mayores en el caso de la muestra de mujeres; y 3) en general, los efectos predictivos mostraron ser poco relevantes en los varones.

Tabla 7

Efectos directos, indirectos y totales del modelo para sintomatología de TCA

Factores	Directo	Indirecto	Total
MUESTRA TOTAL (N = 310)			
Feminidad autodescriptiva	2.55	-0.63	1.91
Feminidad discrepancia	3.51	-0.87	2.64
Masculinidad discrepancia	-3.67	1.15	-2.52
Masculinidad autodescriptiva	-2.37	-0.50	-2.87
Desajuste psicológico	0.50	0.50	.50
MUESTRA MUJERES (n = 162)			
Feminidad autodescriptiva	6.90	-0.85	6.05
Feminidad discrepancia	5.84	-0.39	5.45
Masculinidad discrepancia	-5.93	1.27	-4.66
Masculinidad autodescriptiva	-4.34	0.33	-4.01
Desajuste psicológico	0.57	0.57	0.57
MUESTRA VARONES (n = 148)			
Feminidad autodescriptiva	0.23	-0.45	-0.22
Feminidad discrepancia	0.08	-0.48	-0.40
Masculinidad discrepancia	-0.12	0.97	0.85
Desajuste psicológico	0.31	0.31	0.31

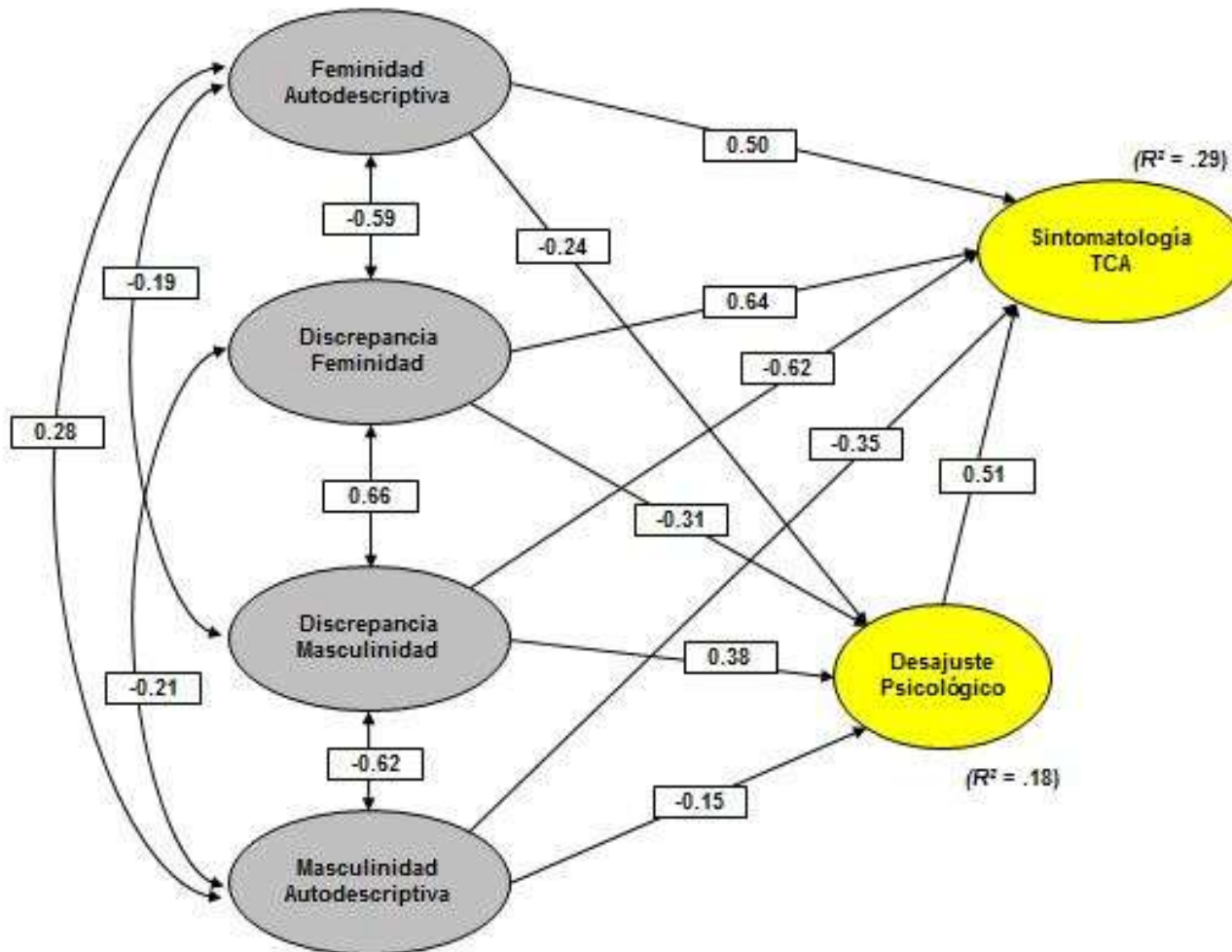


Figura 6. Modelo predictivo de la sintomatología de TCA en la muestra total ($N = 310$). Los óvalos representan constructos latentes y los rectángulos variables observadas. Flechas unidireccionales connotan relaciones "causales" y flechas bidireccionales indican correlaciones.

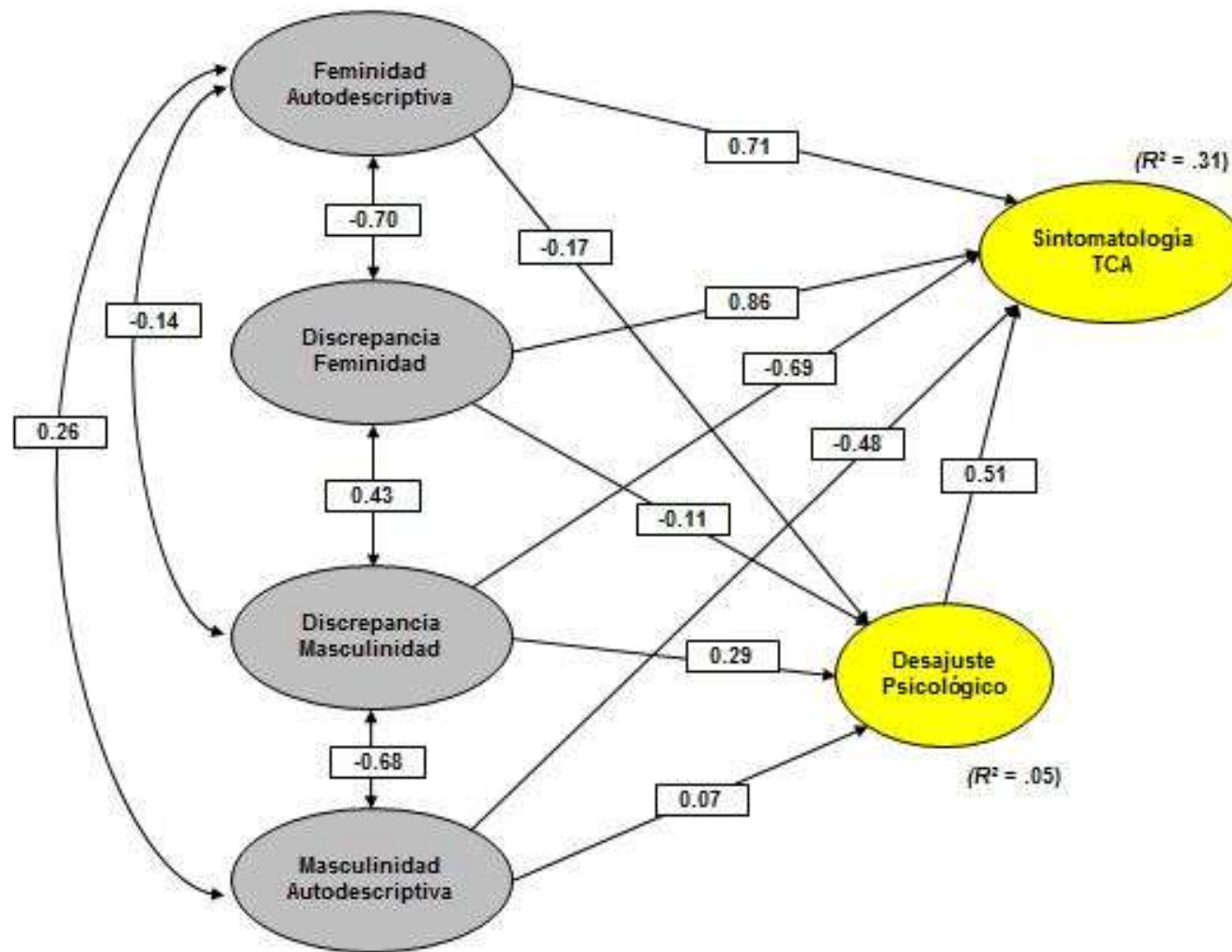


Figura 7. Modelo predictivo de la sintomatología de TCA en mujeres ($n = 162$). Los óvalos representan constructos latentes y los rectángulos variables observadas. Flechas unidireccionales connotan relaciones “causales” y flechas bidireccionales indican correlaciones.

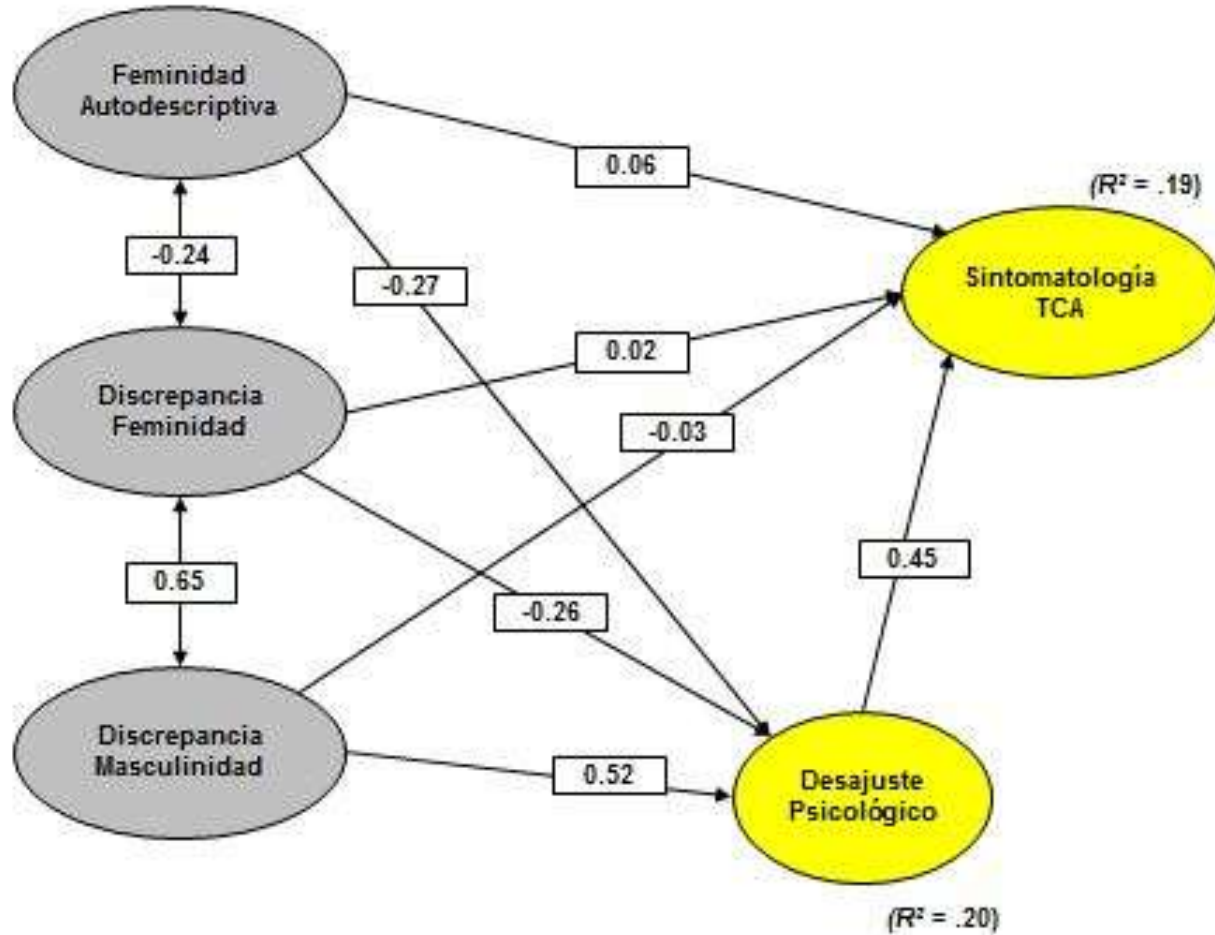


Figura 8. Modelo de predicción de la sintomatología de TCA varones ($n = 148$). Los óvalos representan constructos latentes y los rectángulos variables observadas. Flechas unidireccionales connotan relaciones "causales" y flechas bidireccionales indican correlaciones.

Hipótesis de hiperfeminidad

Primeramente, se puede observar que en la muestra total y en la de mujeres (Figura 9), a mayor feminidad autodescriptiva, fue también mayor la masculinidad autodescriptiva (.28 y .26, respectivamente); es decir que las mujeres mostraron una cierta tendencia a caracterizarse a partir de la posesión de rasgos estereotipados tanto femeninos como masculinos. Posteriormente, considerando exclusivamente los pesos predictivos $> .10$, se encuentra que si bien en esas dos muestras la feminidad y la masculinidad autodescriptivas tuvieron efectos directos sobre la sintomatología de TCA, los de la primera fueron positivos (.50 y .71, respectivamente), y los de la segunda fueron negativos (-.35 y -.48, respectivamente). Además, en las tres muestras, la feminidad autodescriptiva tuvo un efecto predictivo directo y negativo sobre el desajuste psicológico; y, por el contrario, la masculinidad autodescriptiva sólo mostró este efecto en el caso de la muestra total. Con lo que respecta al desajuste psicológico, en las tres muestras tuvo un efecto directo positivo en la predicción de la sintomatología de TCA. Finalmente, en el caso de los varones, resulta evidente que la feminidad y la masculinidad autodescriptivas no mostraron ser relevantes en la predicción directa de la sintomatología de TCA y que, en todo caso, sólo la feminidad mostró ejercer un cierto efecto indirecto a través del desajuste psicológico.

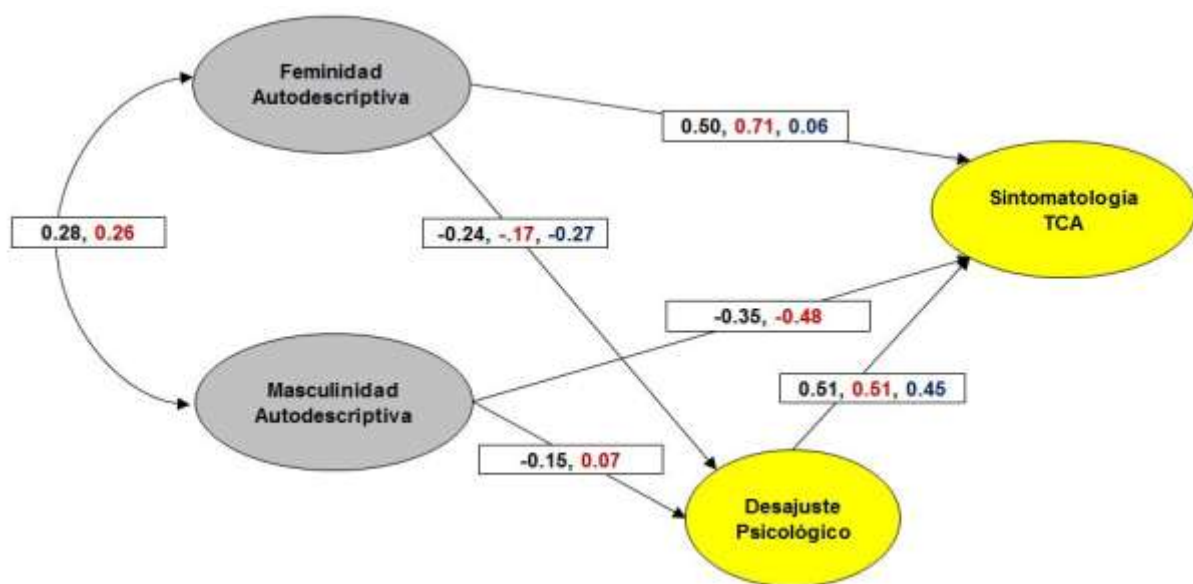


Figura 9. Senderos relativos a la hipótesis de hiperfeminidad en sintomatología de TCA. Los óvalos representan constructos latentes y los rectángulos variables observadas. Flechas unidireccionales connotan relaciones “causales” y flechas bidireccionales indican correlaciones. Coeficientes indicados en color negro corresponden a la muestra total ($N = 310$), en color rojo a las mujeres ($n = 162$), y en color azul a los varones ($n = 148$).

Hipótesis de discrepancia

En primer lugar, es de notar que en las tres muestras la discrepancia en feminidad y en masculinidad estuvieron positivamente correlacionadas entre sí, sin embargo destacó la magnitud de los coeficientes obtenidos en el caso de la muestra total y la de varones (Figura 10). Por otra parte, con lo que respecta a los efectos predictivos, en la muestra total y en la de mujeres, la discrepancia en feminidad y en masculinidad tuvieron efectos directos sobre la sintomatología de TCA, los de la primera fueron positivos (.64 y .86, respectivamente), y los de la segunda fueron negativos (-.62 y -.69, respectivamente). Por el contrario, aunque en las tres muestras la discrepancia en feminidad y en masculinidad mostraron tener un efecto predictivo sobre el desajuste psicológico, aquí los de la feminidad fueron negativos, y los de la masculinidad fueron

positivos; además, cabe mencionar que los pesos predictivos de la discrepancia en esta última fueron sustancialmente mayores. Finalmente, en el caso de los varones, resulta evidente que la discrepancia en feminidad y en masculinidad no mostraron ser relevantes en la predicción directa de la sintomatología de TCA, pero si indirectamente, a través del desajuste psicológico.

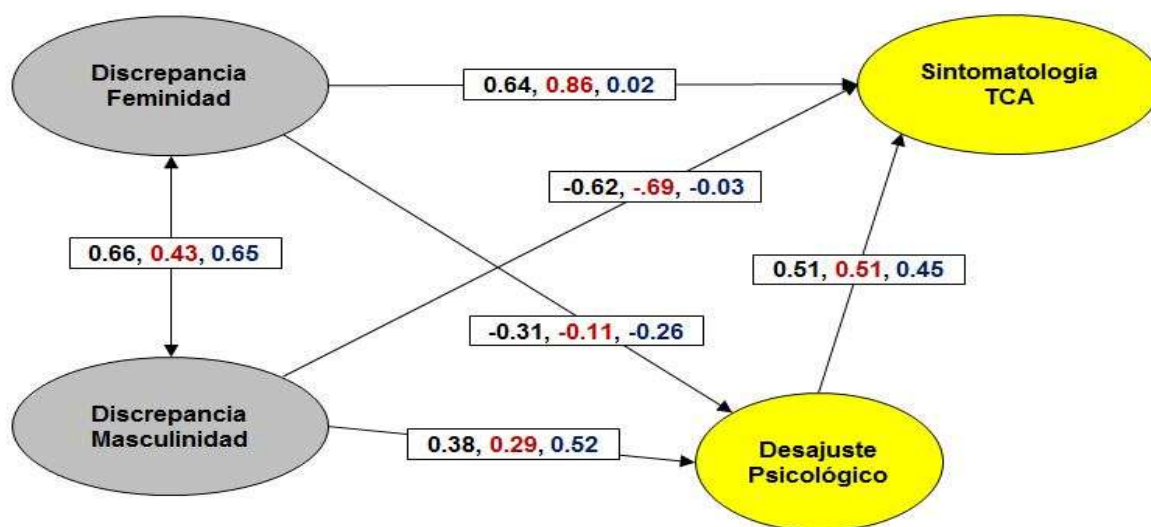


Figura 10. Senderos relativos a la hipótesis de discrepancia en sintomatología de TCA. Los óvalos representan constructos latentes y los rectángulos variables observadas. Flechas unidireccionales connotan relaciones “causales” y flechas bidireccionales indican correlaciones. Coeficientes indicados en color negro corresponden a la muestra total ($N = 310$), en color rojo a las mujeres ($n = 162$), y en color azul a los varones ($n = 148$).

Predicción de la sintomatología de DM

Se llevó a cabo el MEE para la explicación de la sintomatología de DM, con la contribución de los componentes de los estereotipos de género (autodescriptivos y de discrepancia) y del desajuste psicológico. De la muestra inicial ($N = 315$) se eliminaron tres casos porque mostraron un comportamiento de respuesta incremental en la curtosis multivariante normalizada. Por lo tanto, la muestra quedó constituida por 312

participantes (164 mujeres y 148 varones). Al igual que ocurrió con los modelos de sintomatología de TCA, para los de sintomatología de DM en el constructo desajuste psicológico (variable latente), la puntuación del RSES se invirtió para que los coeficientes de dichas variables conservaran un signo positivo, de modo que una mayor puntuación en la RSES representa una autoestima más baja.

Se realizaron las correlaciones entre errores de variables observadas y disturbios de constructos con base a las prueba de multiplicadores de Lagrange y a los residuos estandarizados más elevados ($> .10$) para obtener el ajuste de los modelos finales (Figuras 11, 12 y 13). En la tabla 8 se pueden observar los índices del modelo inicial y del ajustado para el caso de las tres muestras (total, mujeres y varones) y, en general, los tres modelos mostraron índices de bondad de ajuste adecuados (Tabla 9), con medidas de ajuste ratio de verosimilitud chi-cuadrada no significativas, siendo las siguientes: para muestra total ($\chi^2 = 44.18$, $gl = 31$, $p = .06$), para las mujeres ($\chi^2 = 45.59$, $gl = 32$, $p = .06$), y para los varones ($\chi^2 = 43.95$, $gl = 31$, $p = .06$). No obstante, en lo que respecta a las varianzas explicadas, tanto de la sintomatología de DM como del desajuste psicológico fueron extremadamente bajas en la muestra total (12% para ambos factores) y en las mujeres (9% y 6%, respectivamente), resultando algo mayores las relativas al modelo para varones (28% y 14%, respectivamente).

Tabla 8

Índices de bondad de ajuste de los modelos para la predicción de la sintomatología de DM.

	χ^2	gl	RMSEA (90% I.C.)	NNFI	CFI
MUESTRA TOTAL (N = 312)					
Estructura del modelo original	855.26	81	.17 (.164, .186)	.57	.67
Estructura del modelo sin Feminidad Autodescriptiva	245.27	54	.11 (.093, .120)	.84	.89
Estructura del modelo sin Discrepancia en Feminidad	55.81	33	.05 (.024, .068)	.97	.98
Modelo estructural final	44.18	31	.04 (.000, .060)	.98	.99
MUESTRA MUJERES (n = 164)					
Estructura del modelo original	480.23	81	.17 (.158, .188)	.51	.62
Estructura del modelo sin Feminidad Autodescriptiva	76.42	49	.06 (.031, .083)	.94	.96
Estructura del modelo sin Discrepancia en Feminidad	51.03	34	.05 (.018, .085)	.96	.97
Modelo estructural final	45.59	32	.05 (.000, .082)	.96	.98
MUESTRA VARONES (n = 148)					
Estructura del modelo original	498.86	81	.19 (.171, .202)	.58	.67
Estructura del modelo sin Discrepancia en Feminidad	119.47	55	.09 (.067, .111)	.90	.93
Estructura del modelo sin Feminidad Autodescriptiva	71.59	36	.08 (.054, .109)	.92	.95
Modelo estructural final	43.95	31	.05 (.000, .087)	.97	.98

Nota: RMSEA = Error de aproximación cuadrático medio (90% Intervalo de Confianza), NNFI = Índice Tucker-Lewis, CFI = Índice de ajuste comparativo.

Tabla 9

Índices de bondad de ajuste de los modelos para sintomatología de DM

Medida	Índices		
	TOTAL (N = 312)	MUJERES (n = 164)	HOMBRES (n = 148)
Índice de ajuste normalizado (NFI)	.97	.94	.94
Índice Tucker-Lewis (NNFI)	.98	.96	.97
Índice de ajuste comparativo (CFI)	.99	.98	.98
Índice de ajuste incremental (IFI)	.99	.98	.98
Índice de ajuste de McDonald (MFI)	.98	.96	.96
Índice de bondad de ajuste (GFI)	.98	.95	.95
Índice de bondad del ajuste corregido (AGFI)	.95	.90	.90
Residuo cuadrático medio estandarizado (RMR Est.)	.05	.06	.07
Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA)	.04	.05	.05
Intervalo de confianza de RMSEA (90% CONF. RMSEA)	(.000, .060)	(.000, .082)	(.000, .087)

En lo que refiere a los efectos directos, indirectos y totales para el caso de los tres modelos finales, se expresan en la tabla 10. Al respecto, es importante mencionar algunos aspectos relevantes: 1) ambos factores de feminidad (autodescriptiva y discrepancia) quedaron descartados; 2) en los tres modelos, la masculinidad (autodescriptiva y discrepancia) tuvo efectos directos positivos en la predicción de la sintomatología de DM; 3) por el contrario, en tanto efectos indirectos, el de la masculinidad autodescriptiva fue negativo, mientras que el de la discrepancia fue positivo; 4) el efecto directo e indirecto de la masculinidad autodescriptiva fueron algo mayores en el caso de la muestra de varones; 5) pero no así en el caso de la discrepancia en masculinidad, cuyo efecto directo fue mayor en las mujeres; y 6) finalmente, el efecto predictivo del desajuste psicológico mostró ser mayor en los varones que en las mujeres y la muestra total.

Tabla 10

Efectos directos, indirectos y totales del modelo para sintomatología de DM

Factores	Directo	Indirecto	Total
MUESTRA TOTAL (N = 312)			
Masculinidad discrepancia	0.81	0.45	1.26
Masculinidad autodescriptiva	1.85	-0.24	1.62
Desajuste psicológico	0.34	0.34	0.57
MUESTRA MUJERES (n = 164)			
Masculinidad discrepancia	1.44	0.22	1.66
Masculinidad autodescriptiva	1.56	-0.18	1.38
Desajuste psicológico	0.21	0.21	0.21
MUESTRA VARONES (n = 148).			
Masculinidad discrepancia	1.05	0.63	1.68
Masculinidad autodescriptiva	2.15	-0.71	1.44
Desajuste psicológico	0.57	0.57	0.57

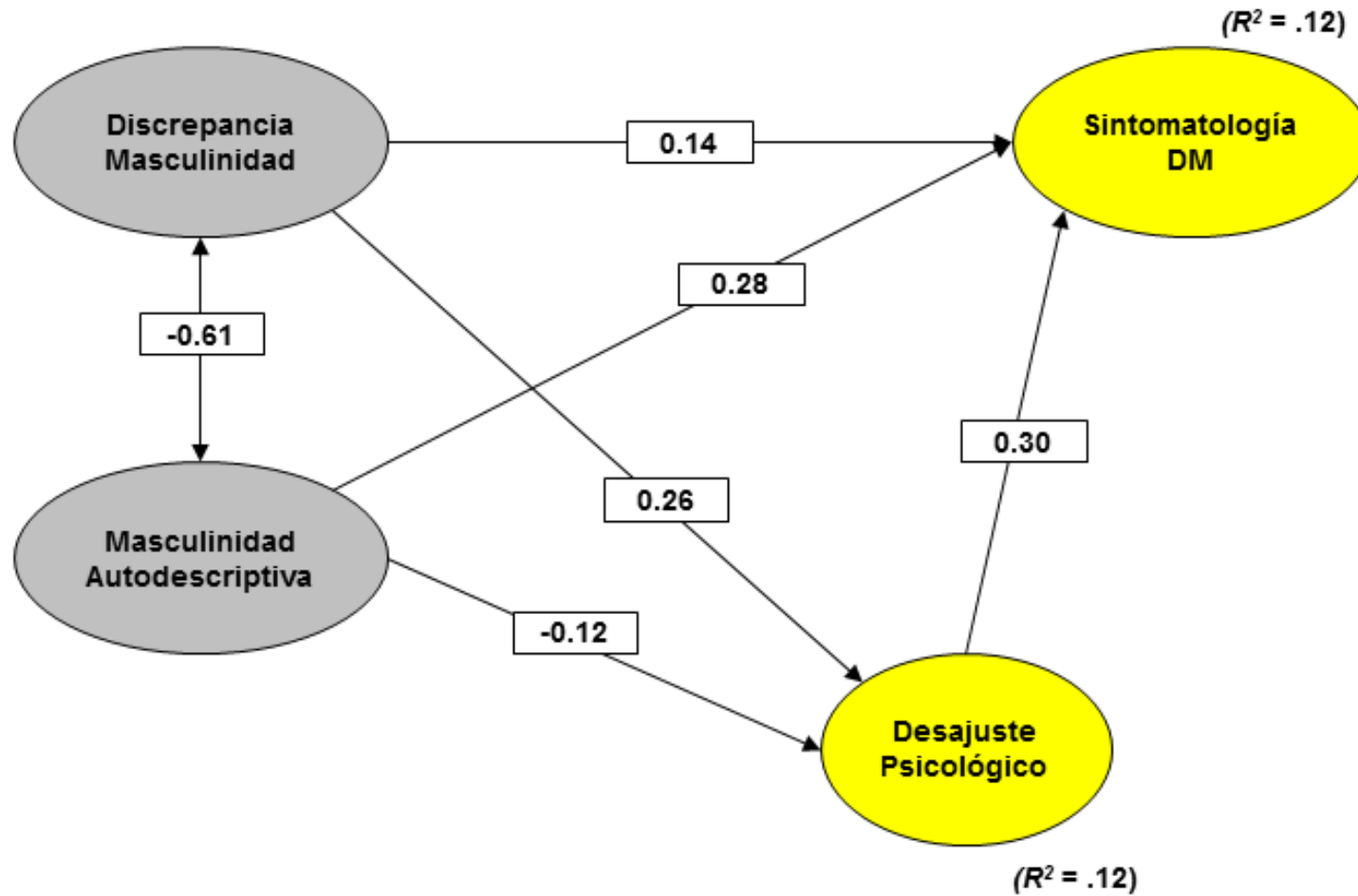


Figura 11. Modelo de predicción de la sintomatología de DM en la muestra total ($N = 312$). Los óvalos representan constructos latentes y los rectángulos variables observadas. Flechas unidireccionales connotan relaciones “causales” y flechas bidireccionales indican correlaciones.

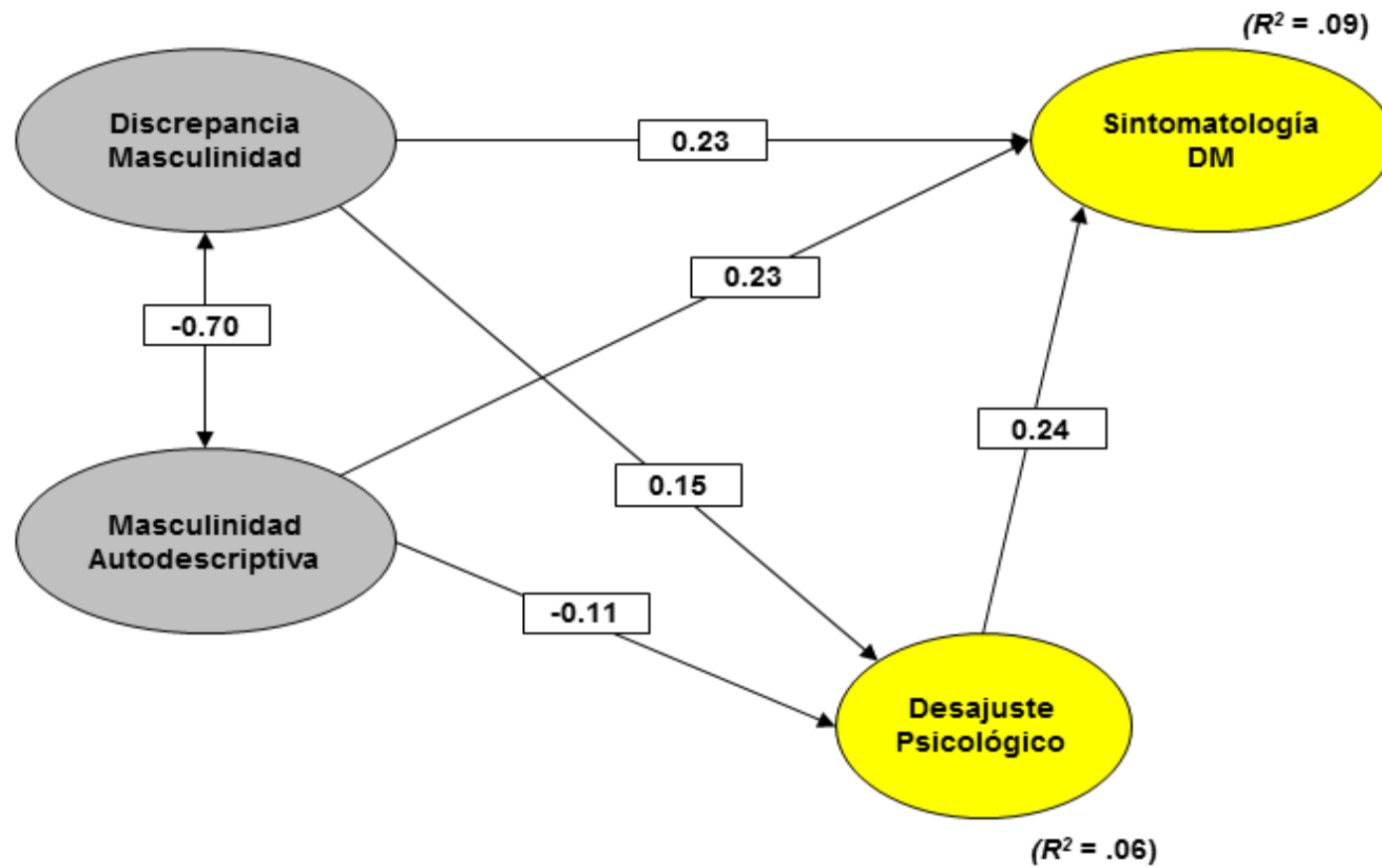


Figura 12. Modelo de predicción de la sintomatología de DM en mujeres ($n = 164$). Los óvalos representan constructos latentes y los rectángulos variables observadas. Flechas unidireccionales connotan relaciones “causales” y flechas bidireccionales indican correlaciones.

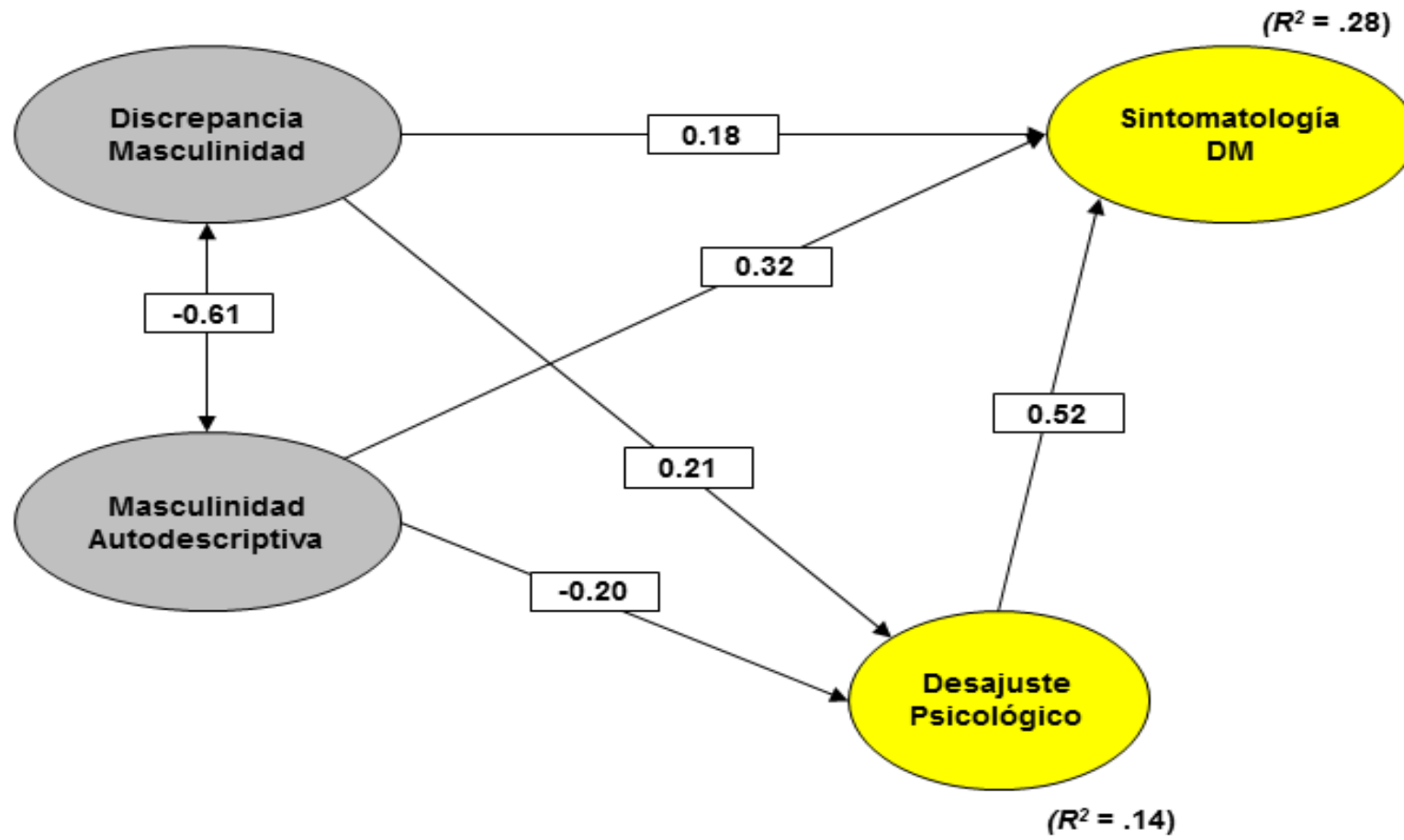


Figura 13. Modelo de predicción de la sintomatología de DM en varones ($n = 148$). Los óvalos representan constructos latentes y los rectángulos variables observadas. Flechas unidireccionales connotan relaciones “causales” y flechas bidireccionales indican correlaciones.

Hipótesis de hipermasculinidad

Primeramente, se puede observar que en las tres muestras, a mayor masculinidad autodescriptiva, fue menor la discrepancia en masculinidad (Figura 14). Respecto a los senderos que tienen que ver con el efecto predictivo directo de la sintomatología de DM, se observa que en las tres muestras la masculinidad autodescriptiva tuvo un efecto positivo, sin embargo éste fue sustancialmente mayor en el caso de los varones. Por el contrario, en cuanto a la predicción del desajuste psicológico, se encontró que aunque la masculinidad autodescriptiva tuvo un efecto directo negativo en las tres muestras, de nuevo fue sustancialmente mayor en el caso de los varones.

Hipótesis de discrepancia

Ahora bien, con respecto a la participación de la discrepancia en masculinidad en la predicción de la sintomatología de DM (Figura 14), en las tres muestras tuvo un efecto directo positivo, sin embargo fue algo mayor en el caso de las mujeres que en los varones o en la muestra total. De igual forma, dicha discrepancia también tuvo un efecto directo positivo sobre el desajuste psicológico, pero ahora el peso predictivo fue mayor en el caso de los varones y la muestra total.

Finalmente, en lo referente a la predicción directa de la sintomatología de DM por parte del desajuste psicológico, no sólo se encuentra que resultó sustancialmente más relevante en los varones que en la muestra total y en la de mujeres, sino que además en ellos mostró ser más relevante que la ejercida por ambas dimensiones de la masculinidad (autodescripción y discrepancia).

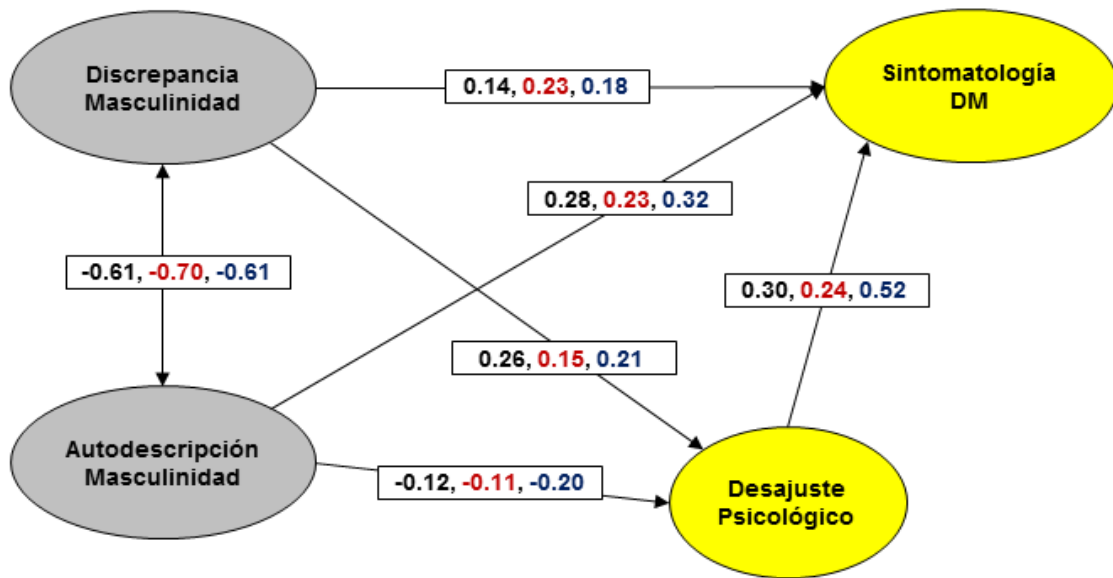


Figura 14. Senderos relativos a la hipótesis de masculinidad y discrepancia en sintomatología de DM. Los óvalos representan constructos latentes y los rectángulos variables observadas. Flechas unidireccionales connotan relaciones “causales” y flechas bidireccionales indican correlaciones. Coeficientes indicados en color negro corresponden a la muestra total (N = 312), en color rojo a las mujeres (n = 164), y en color azul a los varones (n = 148).

Discusión

La presente investigación tuvo como finalidad evaluar la participación de los rasgos estereotipados de género, es decir, la feminidad y la masculinidad (autodescriptiva y discrepancia entre real e ideal), así como del desajuste psicológico (ansiedad, depresión y baja autoestima) en la predicción de la sintomatología de TCA y de DM en hombres y mujeres estudiantes universitarios.

Inicialmente se realizaron comparaciones por sexo. En cuanto a los síntomas de TCA, como era de esperarse, la insatisfacción corporal prodelgadez y la dieta restrictiva fueron aspectos que estuvieron significativamente más presentes en las mujeres que en los hombres. Resultados que coinciden con los reportados en estudios previos (Aruguete, DeBordb, Yates, & Edman, 2005; Flament et al., 2012; Jones, Fries, & Danish, 2007; Kelley, Neufeld, & Musher-Eizenman, 2010; Mancilla et al., 2004; Mancilla-Díaz et al., 2010; Striegel-Moore et al., 2009). Sin embargo, en el presente estudio no se observaron diferencias por sexo en cuanto a los otros dos síntomas de TCA evaluados: el atracón y las conductas compensatorias. En este sentido, algunas investigaciones han documentado la no existencia de diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la presencia de la conducta de atracón (Johnson, Rohan, & Kirk, 2002; Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez, & Fonseca-Pedrero, 2009); e incluso, hay quienes han fundamentado una mayor presencia de atracón y de conductas compensatorias en varones que en mujeres (Alvarez et al., 2003; Mancilla et al., 2004; Striegel-Moore et al., 2009).

Por el contrario, en torno a la comparación por sexo respecto a los síntomas de DM, si bien se confirmó que las actitudes favorables al incremento de musculatura, la adherencia al entrenamiento y el consumo de sustancias estuvieron más presentes en los varones que en las mujeres, tendencia documentada en estudios previos (Kelley et al., 2010; McCreary & Saucier, 2009; Pritchard, Parker, & Nielsen, 2008), es de llamar la atención que en la presente investigación no se identificó que hombres y mujeres difirieran en cuanto a sus puntuaciones en la medida de insatisfacción corporal pro-musculatura. Al respecto, resulta pertinente retomar lo enunciado por algunos autores (Darcy, 2011; Grossbard, Neighbors, & Larimer, 2011; Kelley et al., 2010), quienes han advertido que actualmente tanto los hombres como las mujeres están expuestos a la interiorización de ideales corporales que entrañan, en ambos casos, tanto la delgadez como la tonificación o el desarrollo muscular.

Finalmente, en el caso de los estereotipos de género, destacó el hallazgo de que si bien las mujeres manifestaron desear poseer —en términos de su ideal personal— más atributos de feminidad que los varones, en esta investigación no se encontró que los varones desearan poseer más atributos de masculinidad que las mujeres, una vez que en esta escala no se identificó diferencia entre sexos. Esta tendencia a la homologación de los ideales que hombres y mujeres se plantean en términos de atributos de masculinidad-instrumentalidad ya ha sido reportada en estudios previos, esto particularmente en estudiantes universitarios estadounidenses (Auster & Ohm, 2000), pero también entre latinoamericanos, como ha sido en mexicanos (Polanco & Reyes, 2003) y chilenos (Barra, 2010).

Otro de los objetivos de la presente investigación fue analizar la asociación entre los estereotipos de género y la sintomatología de TCA y de DM. En general, los coeficientes de correlación obtenidos denotaron asociaciones no significativas, o bien, excesivamente débiles, como fue en el caso de las seis correlaciones significativas que se identificaron. Así, en las mujeres se encontró que, contrariamente a lo esperado, una mayor adhesión a los rasgos estereotipados de feminidad-expresividad se asoció a mayor entrenamiento con pesas, y una mayor adhesión a la masculinidad-instrumentalidad se relacionó con mayor dieta restrictiva; en tanto que una mayor discrepancia en masculinidad (en el sentido de desear poseer más rasgos de masculinidad de los que se poseen) se asoció a mayor motivación por incrementar la musculatura. Mientras que, en los varones, una mayor adherencia a la masculinidad-instrumentalidad se asoció a mayor consumo (o intención de consumo) de sustancias o productos conducentes al incremento de la masa muscular; y una mayor discrepancia en masculinidad se asoció —al igual que en las mujeres— a mayor motivación por incrementar la musculatura, pero —paradójicamente— también a mayor insatisfacción corporal relativa al deseo de adelgazar.

Por tanto, en esta investigación no se confirmó la existencia de una asociación positiva significativa entre los síntomas de TCA y la adhesión a los rasgos estereotipados de feminidad-expresividad, la cual ha sido extensamente documentada en la literatura (Behar et al., 2001, 2002; Green et al., 2008; Lakkis et al., 1999; McHale et al., 2001; Meyer et al., 2001; Ricciardelli et al., 1998; Smolak & Murnen, 2008; Thomas et al., 2000; Williams & Ricciardelli, 2001), o de sumisión, como en el caso de los estudios realizados con mujeres

mexicanas (Alvarez, Vázquez, López et al., 2002; Bosques, 2003; Mendoza et al., 2013; Navarro, 2009). Y, por el contrario, como ya se señaló, en las mujeres se encontró que una mayor feminidad-expresividad autodescriptiva se asoció a mayor adherencia al entrenamiento con pesas; mientras que la dieta restrictiva, uno de los ejes sintomáticos de los TCA, se asoció a mayor masculinidad-instrumentalidad autodescriptiva.

Este último resultado podría interpretarse a la luz de lo sugerido por algunos autores, en cuanto a que —en la actualidad— el ideal corporal interiorizado por las mujeres, particularmente las adolescentes y las jóvenes adultas, ya no corresponde exclusivamente al de una delgadez extrema, sino también al de una delgadez que se acompaña de una importante definición muscular (Gruber, 2007; Homan, 2010; Ricciardelli & McCabe, 2007). Condición que podría suponer una cierta homologación entre sexos, ya que hoy los ideales corporales para hombres y para mujeres suponen dos condiciones básicas: la reducción del tejido adiposo y la exaltación de la definición o tono muscular. Sin embargo, cabe precisar que otros autores han advertido que en el caso específico de las mujeres ha venido cobrando relevancia un ideal corporal que, además de las dos características antes señaladas, también supone una silueta curvilínea, con énfasis en el busto y los glúteos (Crossley, Cornelissen, & Tovée, 2012; Dittmar et al., 2000; Pompper & Koenig, 2004).

Asimismo, los resultados de este estudio confirman la alta complejidad que supone la comprensión de la imagen corporal masculina, condición ya advertida en la literatura (Adams, Turner, & Bucks, 2005; Alvarez et al., 2009; Gómez-Peresmitré, 2013; Grogan, 2008; Grogan & Richards, 2002), una vez

que en los varones la adopción de un cierto ideal corporal parece ser aún menos hegemónico que en las mujeres (Buote, Wilson, Strahan, Gazzola, & Papps, 2011), co-existiendo múltiples ideales.

Además, en esta investigación no se encontró que la adhesión a los rasgos estereotipados de masculinidad-instrumentalidad se asociara negativamente con los síntomas de TCA, asociación que ha llevado a diversos autores a suponer que la masculinidad puede ejercer un rol de protección respecto al desarrollo de esta sintomatología (Blashill, 2011; Cella, Iannaccone & Cotrufo, 2013; Cotrufo et al., 2012; Klingspor, 2002; Magallares, 2013; Smolak, 2005) y, por el contrario, se encontró que —en las mujeres— la adhesión a la masculinidad-instrumentalidad se asoció a mayor realización de dieta restrictiva, situación ya evidenciada en muestras en las que la fuerza, la ejecución, el auto-control y la competitividad son valores altamente valorados, como es el caso de las bailarinas de danza clásica (Ravaldi et al., 2006). Al respecto, son varios los autores que han advertido que la auto-iniciación o la restricción alimentaria conducente a alcanzar la meta de adelgazar dista mucho de ser un acto sumiso de seguimiento de una prescripción, sino que, por el contrario, muchas de las mujeres adoptan esta conducta en tanto ejercicio de auto-dominio o autocontrol (Anleu, 2006; Day, 2010; Peterson, Grippo, & Tantleff-Dunn 2008; Ravaldi et al., 2006), en el que proyectan rasgos característicos de la instrumentalidad, como son: el dominio, la independencia, la consecución de metas y la competitividad, entre otros.

Y, por el contrario, no se encontró que en las mujeres la discrepancia en masculinidad (autodescripción vs. ideal) se asociara a mayores síntomas de TCA, por ejemplo, con una mayor insatisfacción pro-delgadez (Green et al.,

2011) o mayor dieta restrictiva (Klingespor, 2002), como lo encontraron estos autores. Además, en la presente investigación se identificó que —en hombres y mujeres— dicha discrepancia, basada en el deseo de poseer más características instrumentales de las que se poseen, se asoció a uno de los correlatos de la DM: la motivación por incrementar la musculatura. No obstante, es importante advertir que, en ambos casos, los coeficientes de correlación registrados denotaron asociaciones débiles entre las variables en cuestión.

Ahora bien, en tercer lugar, la presente investigación tuvo como propósito evaluar el papel de los estereotipos de género y el desajuste psicológico en la predicción de la sintomatología de TCA y de DM.

En primera instancia, respecto a los modelos de predicción de la sintomatología de TCA, en las mujeres, pero no en los varones, se confirmaron dos de los supuestos hipotéticos básicos relativos al papel predictivo de la adhesión a los estereotipos de género. Porque en ellas, por un lado, la adhesión a la feminidad tuvo un importante efecto predictivo positivo sobre dicha sintomatología; y, por otro lado, porque sobre ésta la adhesión a la masculinidad ejerció un efecto predictivo negativo. Por tanto, y de manera contraria a lo arrojado por el análisis correlacional, el MEE realizado confirmó que una mayor adhesión a las características estereotípicas de feminidad probabiliza una mayor presencia de la sintomatología de TCA y, por el contrario, que una mayor adhesión a la masculinidad supone un menor riesgo de presentación de dicha sintomatología. Esto en concordancia con las evidencias mayormente reportadas en la literatura (Lakkis et al., 1999; Murnen & Smolak, 2007; Murray & Touyz, 2012; Pritchard, 2008).

Sin embargo, es importante puntualizar que, en el caso de la presente investigación, dichos resultados sólo se constataron en las mujeres, y no así en los varones, en quienes la adhesión a los estereotipos de género no mostró ser relevante en la predicción de la sintomatología de TCA. Hallazgo que coincide parcialmente con lo señalado por Blashill (2011), ya que con base al meta-análisis por él realizado, este autor fundamenta que —en los varones— la adherencia a la feminidad-expresividad no incide sobre la insatisfacción corporal relativa al adelgazamiento o sobre la sintomatología de TCA, pero —por el contrario— encuentra que la masculinidad si sostiene una relación negativa con dichas variables.

Por otra parte, con relación al supuesto de hiperfeminidad, el cual indica que el efecto predictivo positivo sobre la sintomatología de TCA se suscitaría a través de la asociación entre una mayor adherencia a la feminidad y una menor adherencia a la masculinidad, no fue confirmado en la presente investigación y, por el contrario, en las mujeres de este estudio se identificó una asociación positiva —aunque débil— entre ellas.

Por otro lado, con relación al papel predictivo de la discrepancia en cuanto a los estereotipos de género, se confirma que la discrepancia en feminidad tiene un importante efecto predictivo positivo sobre la sintomatología de TCA (Bekker & Boselie, 2002; Johnson & Petrie, 1995; Klingenspor, 2002; Murnen & Smolak, 1997; Steiner-Adair, 1986), sin embargo esto —nuevamente— sólo se observó en el caso de las mujeres; incluso, es importante destacar el hecho de que la discrepancia tuvo un peso predictivo algo mayor al ejercido por la adherencia. Y, por el contrario, aunque en las mujeres la discrepancia en masculinidad también tuvo un importante efecto

predictivo sobre la sintomatología de TCA, fue en el sentido inverso; es decir, en el de inducir una disminución en ésta. Esto quiere decir que aquellas mujeres que desearon poseer más características estereotípicas de feminidad de las que perciben poseer, tienen un mayor riesgo de presentar la sintomatología de TCA y, por el contrario, que aquellas otras mujeres que desearon poseer más características estereotípicas de masculinidad de las que perciben poseer, tienen un menor riesgo de presentar dicha sintomatología. No obstante, es necesario señalar que este segundo dato no coincide con lo reportado en algunos estudios previos, en los que la discrepancia en masculinidad, tanto en mujeres como en varones, se encontró relacionada a mayor insatisfacción corporal (Borchert & Heinberg, 1996) o sintomatología de TCA (Johnson & Petrie, 1995; Klingenspor, 2002).

Ahora, con lo que respecta al rol del desajuste psicológico, aunque en varones y mujeres se constató su capacidad para predecir —en forma directa y positivamente— a la sintomatología de TCA, y con un peso predictivo equiparable entre mujeres y varones. Situación ya señalada por Klingenspor (2002), pero considerando esta autora, en tanto único indicador de ajuste psicológico, la autoestima.

Y, por el contrario, en la predicción del constructo desajuste psicológico, se encontraron importantes divergencias en función del sexo. Así, en los varones, tres de las cuatro variables relativas a los roles estereotipados de género mostraron ser relevantes: las dos referentes a la feminidad (la adherencia y la discrepancia), con efectos predictivos negativos, y una de las variables relativas a la masculinidad (discrepancia), con efecto predictivo positivo; asimismo, es importante notar que el peso en la predicción de esta

última variable prácticamente duplicó al de las dos primeras. En tanto que, en las mujeres, sólo la discrepancia en masculinidad mostró ejercer un peso predictivo relevante, y positivo, sobre el desajuste psicológico; el cual, sin embargo, fue sustancialmente menor al registrado en los varones.

Además, cabe indicar que tanto en el modelo de predicción de la sintomatología de TCA de mujeres, como en el de varones, en cuanto a efectos indirectos, es decir, mediados por el desajuste psicológico, fue la discrepancia en masculinidad la que mostró tener un mayor peso predictivo y, en ambos casos, fue positivo. Hallazgo coincidente con el documentado por Klingenspor (2002) en mujeres y varones adolescentes.

Finalmente, en términos generales, fue notable que el modelo de predicción de la sintomatología de TCA obtenido en mujeres mostró un sustancial mejor ajuste que el obtenido en varones. Además, en las primeras, el coeficiente de determinación de la sintomatología de TCA fue sustancialmente mayor (con 31% de la variabilidad explicada) que en los varones (19%); y, por el contrario, el coeficiente de determinación del desajuste psicológico fue sustancialmente mayor en los varones (con 20% de la variabilidad explicada) que en las mujeres (5%). Además, en cuanto a la predicción de una mayor sintomatología de TCA, en las mujeres, las dos variables más relevantes fueron —en orden de mayor a menor importancia— la discrepancia y la adhesión a la feminidad

En segunda instancia, en cuanto a los modelos de predicción de la sintomatología de DM, tanto en mujeres como en varones se confirmó el supuesto hipotético de que la adherencia a los rasgos estereotípicos de masculinidad tendría un importante efecto predictivo positivo sobre dicha

sintomatología, condición ya prevista por algunos autores (Murray et al., 2013; Murray, Rieger, Touyz, & De la Garza, 2010; Mussap, 2008; Pritchard, 2008; Smolak & Murnen, 2008; Smolak & Stein, 2006). No obstante, cabe señalar que en el caso de los varones el peso predictivo fue sustancialmente mayor que en las mujeres. Sin embargo, en esta investigación no se confirmó el supuesto de hipermasculinidad (Mischkind, et al., 1986; Murray et al., 2013), el cual supondría que el efecto predictivo positivo sobre la sintomatología de DM se suscitaría a través de la asociación entre una mayor adherencia a la masculinidad y una menor adherencia a la feminidad, una vez que en los modelos obtenidos no mostraron ser relevantes la adherencia ni la discrepancia en cuanto a los rasgos estereotípicos de feminidad.

Por otro lado, se confirma que la discrepancia en masculinidad ejerce un efecto predictivo positivo sobre la sintomatología de DM (Hunt, Gonsalkorale, & Murray, 2013; McCreary et al., 2005; Mussap, 2008; Shepherd & Rickard, 2012), y esto tanto en las mujeres como en los varones, aunque en las primeras resultó ligeramente mayor el peso predictivo de la variable. Asimismo, es importante notar que en las mujeres el peso predictivo de la discrepancia en masculinidad fue exactamente el mismo que ejerció la adherencia a la masculinidad; y, por el contrario, en los varones fue sustancialmente mayor el ejercido por la adherencia.

Ahora, con relación al rol del desajuste psicológico, aunque en varones y mujeres se constató su capacidad para predecir —en forma directa y positivamente— a la sintomatología de DM, el peso predictivo en los varones duplicó el identificado en las mujeres. Y, en cuanto a la predicción del constructo desajuste psicológico, en ambos sexos, tanto la adherencia como la

discrepancia relativas a la masculinidad tuvieron un efecto predictivo; sin embargo, los efectos de la primera variable fueron negativos, mientras que los de la segunda variable fueron positivos y, en ambos casos, fueron mayores los pesos predictivos identificados en el modelo para varones.

Asimismo, en cuanto a efectos indirectos en los modelo de predicción de la sintomatología de DM, es decir, mediados por el desajuste psicológico, se encontró que el peso predictivo de la adherencia y de la discrepancia en masculinidad fueron sustancialmente mayores en los varones que en las mujeres.

Finalmente, en términos generales, fue notable que el modelo de predicción de la sintomatología de DM obtenido en varones mostró un sustancial mejor ajuste que el derivado en mujeres. Por ende, en los primeros, los coeficientes de determinación registrados para la sintomatología de DM y para el desajuste psicológico fueron sustancialmente mayores (28% y 14%, respectivamente) que en las mujeres (9% y 6%, respectivamente).

Conclusiones

◆ Se encuentra una tendencia a la homologación entre hombres y mujeres en cuanto a dos aspectos de particular interés: el deseo de poseer más atributos de la masculinidad-instrumentalidad y la insatisfacción corporal relativa al deseo de incrementar la masa muscular; pero no así en cuanto al deseo de poseer más atributos de la feminidad-expresividad, la insatisfacción corporal relativa al deseo de adelgazar y la dieta, los que fueron significativamente mayores en las mujeres; en tanto que las actitudes favorables al incremento de la masa muscular, el consumo de sustancias y la adherencia al entrenamiento de musculación estuvieron más presentes entre los varones.

◆ La restricción alimentaria y la realización de ejercicio de musculación son dos conductas de cambio corporal cuyo seguimiento exige el despliegue de altos niveles de pro-actividad, autocontrol y autodominio, rasgos que —en términos de los estereotipos de género— se identificarían como propios de la masculinidad-instrumentalidad. Sin embargo, en las mujeres de este estudio se encontró que si bien esta premisa se cumplió para el caso de la dieta restrictiva, ya que se asoció a mayor adhesión a la masculinidad, no fue así respecto a la realización de ejercicio, una vez que esta conducta se asoció a mayor feminidad-expresividad.

◆ Conforme a lo supuesto, una mayor discrepancia en masculinidad, relativa al deseo de poseer más rasgos instrumentales de los que se poseen, tanto en hombres como en mujeres se asoció a mayor motivación por incrementar la masa muscular; sin embargo, en el caso de los varones, dicha

discrepancia además se asoció a una mayor insatisfacción corporal relativa al adelgazamiento.

- ◆ Resulta indeludible reconocer que la imagen corporal, y por ende la insatisfacción corporal, son constructos complejos, por lo que en hombres y mujeres pueden coexistir —en mayor o menor medida— vertientes aparentemente tan polarizadas como el adelgazamiento y la muscularidad.

- ◆ En general, en la predicción de la sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y de la sintomatología de dismorfia muscular (DM) mostraron ser relevantes tanto los estereotipos de género como el desajuste psicológico; sin embargo, se registraron particularidades en función del sexo de los participantes, así como de la sintomatología en cuestión.

- ◆ Respecto al papel de los estereotipos de género en la predicción de la sintomatología de TCA, en las mujeres se confirmaron cabalmente tres de las cuatro hipótesis básicas: 1) la adhesión a la feminidad-expresividad actuó como factor de riesgo; 2) la adhesión a la masculinidad-instrumentalidad actuó como factor protector; y 3) la discrepancia mostró ser más relevante que la adhesión. Sin embargo, en el caso de esta última hipótesis, la de discrepancia, ésta se confirmó parcialmente, ya que mientras la relativa a feminidad sí predijo mayor sintomatología de TCA (en tanto factor de riesgo), la discrepancia en masculinidad la predijo negativamente, en tanto un factor de protección.

- ◆ Por el contrario, en los varones, los estereotipos de género (adhesión o discrepancia) no mostraron ser relevantes en la predicción directa de la sintomatología de TCA; sin embargo sí indirectamente, una vez que la

discrepancia en masculinidad, predijo mayor desajuste psicológico y éste, a su vez, una mayor sintomatología de TCA.

◆ Por otro lado, en la predicción de la sintomatología de DM, en mujeres y varones mostró no ser relevante la feminidad, pero si la masculinidad. No obstante, también se identificaron ciertas particularidades en función del sexo. Así, mientras que en los varones resultó más relevante la masculinidad autodescriptiva; en las mujeres, ambas dimensiones de la masculinidad (adhesión y discrepancia) fueron igual de relevantes. Además, aunque en mujeres y hombres el desajuste psicológico mostró desempeñar un rol predictivo sobre dicha sintomatología, se encontró que en estos últimos fue más relevante, incluso superando el peso predictivo ejercido por la masculinidad.

◆ Los trastornos de la conducta alimentaria y la dismorfia muscular, en tanto trastornos mentales cuya base se encuentra en la imagen corporal alterada, remiten al estudio y comprensión de la corporalidad, concepto que refiere a la forma en que el propio cuerpo se vivencia y nos expresa ante los demás, en tanto instrumento y, a su vez, producto del proceso de socialización.

◆ Por tanto, para comprender el vínculo entre cuerpo, género y salud, es necesario asumir el hecho de que estos son constructos a los que si bien les subyace un referente bio-físico, son primordialmente construcciones socioculturales en las que dominan los preceptos de lo esperable o lo deseable, es decir, “del deber ser”. Por ende, se esperaría que el cuerpo de hombres y mujeres se ajustase a ciertos parámetros estéticos que dictan los ideales corporales; que hombres y mujeres se comportaran diferencialmente en función de su pertenencia a uno u otro sexo, según lo prescriben los

estereotipos de género; pero, además, que todas las personas se adhieran al seguimiento de ciertos patrones de auto-cuidado de la salud, en el que hoy, como nunca, el control sobre el peso corporal y la alimentación, así como la realización de ejercicio son prescripciones a seguir. Y, en el caso contrario, el costo del distanciamiento respecto a dichos parámetros, estereotipos o prescripciones no sólo es la sanción, el señalamiento o la estigmatización, sino particularmente la auto-sanción, que resulta de la percepción del incumplimiento del “deber ser” que se ha ya interiorizado.

◆ En este contexto sociocultural, en el que el cuerpo social delinea o delimita el cómo se percibe (y debe percibirse) el cuerpo físico, se ha podido instaurar no sólo un espacio de ejercicio para la regulación o el control social, en tanto aquél que proviene de una fuente externa a la persona, sino particularmente en el que esta misma ejerce y muestra, a sí misma y a los demás, su capacidad de autodomínio o autocontrol sobre su cuerpo físico. Así, el cuerpo social ha vencido al cuerpo físico; lo que se traduce en una micro-política de control o regulación del cuerpo y, por tanto, de las personas.

◆ Pero además a lo anterior hay que agregar una condición más: el hecho de que, en tanto cuerpo físico, si bien existe una evidente e ineludible diferenciación morfofisiológica entre el cuerpo de las mujeres y el cuerpo de los hombres, han sido particularmente relevantes las significaciones socioculturales de que se ha revestido dicha diferenciación. Condición que, en general, ha fundamentado y preservado, aún hasta nuestros días, una distribución no equitativa del poder entre hombres y mujeres.

◆ Específicamente en cuanto a la corporalidad, la dominación patriarcal ejercida, prácticamente ancestralmente, sobre el cuerpo de la mujer

ha sido objeto de profundo análisis, y particularmente desde las aproximaciones feministas, que han fundamentado una concepción política de la corporalidad, en la que el cuerpo de las mujeres ha sido homologado al valor de objeto, posesión y mercancía, lo que preserva una condición básica de dominancia de un sexo sobre otro y, por ende, la inequidad entre dos clases de personas: los hombres y las mujeres.

◆ Así, en las cuatro últimas décadas las mujeres han venido enfrentándose a una importante paradoja, que supone la conciliación entre dos vertientes del deber ser. Porque, aunque se ha venido gestando en ellas la interiorización de la necesidad de ejercer un empoderamiento, el que en primera instancia supone el que las mujeres asuman en sí mismas un sentido de competencia personal para, en segunda instancia, ganar control por sí mismas, sobre su cuerpo y sobre su propia vida. Ahora la disyuntiva es cómo articular este *nuevo* deber ser, al otro deber ser ancestral que, a su vez, sigue delineando y delimitando espacios y formas posibles para el ejercicio del poder, del control y del dominio; y, sin duda, uno de los espacios conferidos ha sido el de las emociones y, el otro, el corporal, pero particularmente en términos de su apariencia y forma.

◆ No obstante, también es justo destacar que aunque en las dos últimas décadas el cuerpo de los varones también las normas de apariencia para las mujeres siguen siendo más rígidas, homogéneas y penetrantes que las relativas a la apariencia de los varones (Buote et al., 2011).

◆ Por tanto, como contraparte a las perspectivas feministas y de género que han abordado el estudio de la construcción de la feminidad y la corporalidad de las mujeres, así como sus implicaciones en términos de

bienestar y salud mental; es creciente el interés en analizar, también desde una perspectiva de género, la construcción de la masculinidad y la corporalidad de los varones, y su influencia en el bienestar y la salud mental de estos (Courtenay, 2000; Klein, 1993; Wienke, 1998), y es precisamente en esta vertiente que se inscribe la investigación sobre muscularidad y dismorfia muscular.

Limitaciones y propuestas para futuras investigaciones

◆ Sin duda, una de las primeras limitaciones de esta investigación es la inherente a la complejidad que entraña la propia comprensión y uso del término *género*, dada su multiplicidad de acepciones, en tanto: categoría, concepto, aproximación, perspectiva, teoría, etc. Pero además, relacionado a ello, la heterogeneidad y escasa consistencia en la terminología empleada, esto al menos en el campo del estudio de la imagen corporal y las psicopatologías asociadas a ella, para denotar a veces un mismo proceso, o bien, la homogenización en el empleo de un término para denotar distintos procesos. Situación que se traduce en que en el uso indistinto de términos como: rol sexual y rol de género, orientación-adhesión-tipificación-identidad de género, rol de género y roles estereotipados de género; lo cual, sin embargo, ha supuesto un reto mayor: el dilucidar si entre las distintas investigaciones realmente se estaba haciendo alusión o no al mismo proceso y, por lo tanto, si los datos reportados eran o no equiparables entre sí.

◆ De cualquier modo, una vez solventada la anterior complicación, es también justo reconocer la complejidad de abordar un fenómeno tan multidimensional y abstracto como lo es el género. Por tanto, es claro y puntual que la presente investigación únicamente se abocó a una de esas dimensiones: los estereotipos de género, pero además sólo en términos de feminidad-expresividad y masculinidad-instrumentalidad, y sólo con base a un único sistema de medida y clasificación: el Inventario de Roles Sexuales de Bem.

◆ Si bien la adhesión y la discrepancia respecto a los estereotipos de género han sido de particular interés en la comprensión de la insatisfacción corporal y la adopción de conductas anómalas dirigidas al cambio corporal, primordialmente en el campo de estudio de los TCA, es prudente señalar que en los últimos años empiezan a cobrar interés otras dimensiones y procesos inherentes al sistema sexo-género, como son: la conformidad con el rol de género, el conflicto relativo al rol de género, el estrés relativo al rol de género, la identidad feminista, o la auto-objetificación (Anastasiadou, Aparicio, Sepúlveda, & Sánchez-Beleña, 2013; Griffiths, Murray, & Touyz, 2015).

◆ En lo relativo al arreglo de los constructos y variables incluidos en el modelo de predicción a evaluar, se pueden indentificar algunas limitaciones; por ejemplo: en el constructo sintomatología de TCA o de DM se englobaron, respectivamente, la insatisfacción corporal pro-adelgazamiento y la insatisfacción corporal pro-musculatura, respectivamente, sin embargo, a la luz de los resultados derivados, hubiese sido pertinente el probar el modelo aislando ambas dimensiones de la insatisfacción corporal y analizarlas en tanto entidades independientes, pero relacionadas, tanto con los roles de género como con ambas formas de sintomatología, de modo que tal vez podrían actuar como variables mediadoras de papel predictivo de las primeras sobre las segundas.

◆ Ahora bien, en el presente trabajo se analizó la participación de la adhesión a los estereotipos de género y el desajuste psicológico en el desarrollo de sintomatología de TCA y DM en hombres y mujeres jóvenes estudiantes universitarios. Por tanto sería de particular interés el probar los modelos desarrollados en otras muestras; por ejemplo: aquellas mujeres y

varones en condiciones de mayor riesgo para el desarrollo de estas sintomatologías, como son aquellos involucrados activamente en el seguimiento de métodos para el cambio del peso y la forma corporal, como lo son los dietantes o los que realizan ejercicio de musculación.

◆ Finalmente, es preciso indicar que dada a la naturaleza de la presente investigación (de diseño transversal y con una muestra no probabilística), existen limitaciones en la generalización de los resultados aquí reportados. Por tanto, como parte de las investigaciones *a posteriori*, habrá que realizar réplicas de esta investigación para confirmar lo observado en este trabajo.

Referencias

- Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Marzola, E., Amianto, F., Zuccolin, M., & Fassino, S. (2011). Eating disorders and major depression: Role of anger and personality. *Depression Research and Treatment*, 1-7. Disponible en: <http://www.hindawi.com>
- Acuña, L., Bruner, C., & Ávila, R. (1994). Estructura factorial del Inventario de Roles Sexuales de Bem en México. *Revista Interamericana de Psicología*, 28(2), 155-168.
- Adams, G., Turner, H., & Bucks, R. (2005). The experience of body dissatisfaction in men. *Body Image*, 2, 271-283.
- Alexander, S. M. (2003). Stylish hard bodies: Branded masculinity in men's health magazines. *Sociological Perspectives*, 46(4), 535-554.
- Alvarez, G., Escoto, M. C., Franco, K., Camacho, J. E., Mancilla, J. M., & López, X. (2009). Internal consistency and factor solution of the Drive for Muscularity Scale (DMS) in male and female Mexican students. Trabajo presentado en el VI Congreso Hispano Latinoamericano en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cancún, Quintana Roo, México.
- Alvarez, G., Escoto, M. C., Vázquez, R., Cerero, L. A., & Mancilla, J. M. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria en varones: De la anorexia a la dismorfia muscular. En A. López & K. Franco (Eds.), *Comportamiento alimentario: Una perspectiva multidisciplinar* (pp. 138-157). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A. R., Haro, M. & Mancilla, J. M. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: Comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y Salud*, 13(2), 245-255.
- Alvarez, G., Mancilla, J. M., & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7(1), 74-85.
- Alvarez, G., Valdez, V., Mancilla, J. M., Vázquez, R., López, X., & Franco, K. (2007/Octubre). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT) en varones mexicanos. Trabajo presentado en el XV Congreso Mexicano de Psicología. Hermosillo, Sonora, México.

- Alvarez, G., Vázquez, R., López, X., Bosques, L. E., & Mancilla, J. M. (2002). Estudio exploratorio de la asociación entre roles sexuales y sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología Social en México*, 9, 109-114.
- Alvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J. M., & Gómez, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 47-56.
- Alvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A., & Mercado-Corona, M. D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorder patients. *Eating and Weight Disorders*, 9(4), 243-248.
- Amaya, A., Mancilla-Díaz, J. M., Alvarez-Rayón, G., Luyando, M., López, M., & Martínez, J. I. (2013). Edad, consciencia e interiorización del ideal corporal como predictores de insatisfacción y conductas alimentarias anómalas. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 121-133.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anastasiadou, D., Aparicio, M., Sepúlveda, A. R., & Sánchez-Beleña, F. (2013). Conformidad con roles femeninos y conductas alimentarias inadecuadas en estudiantes de danza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(1), 31-43.
- Anleu, S. R. (2006). Gendered bodies: Between conformity and autonomy. En K. Davis, M. Evans, & J. Lorber (Eds.), *Handbook of gender and women's studies* (pp- 357-374). Londres: Sage.
- Arbinaga, F., & Caracuel, J. C. (2003). Aproximación a la dismorfia muscular. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, 7-15.
- Arbinaga, F., & Caracuel, J. C. (2008). Imagen corporal en varones fisicoculturistas. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 75-88.
- Arbour, K. P., & Martin G. K. (2006). Effects of exposure to muscular and hypermuscular media images on young men's muscularity dissatisfaction and body dissatisfaction. *Body Image*, 3(2), 153-161.

- Aruguete, M. S., DeBordb, K. A., Yates, A., & Edman, J. (2005). Ethnic and gender differences in eating attitudes among black and white college students. *Eating Behaviors*, 6(4), 328-336.
- Auster, C. J., & Ohm, S. C. (2000). Masculinity and femininity in contemporary American society: A reevaluation using the Bem Sex-Role Inventory. *Sex Roles*, 43(7/8), 499-528.
- Baghurst, T., Hollander, D. B., Nardella, B., & Haff, G. G. (2006). Change in sociocultural ideal male physique: An examination of past and present action figures. *Body Image*, 3(1), 87-91.
- Ballard-Reisch, D., & Elton, M. (1992). Gender orientation and the Bem Sex Role Inventory: A psychological construct revisited. *Sex Roles*, 27(5/6), 291-306.
- Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona, España: Ariel.
- Barberá, E. (2004). Perspectiva socio-cognitiva: Estereotipos y esquemas de género. En E. Barberá & I. Martínez (Eds.), *Psicología y género* (pp. 55-80). Madrid: Pearson/Prentice Hall.
- Barnett, L. R. (1986). Bulimarexia as symptom of sex-role strain in professional women. *Psychotherapy*, 23(2), 311-315.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Barra, E. (2010). Bienestar psicológico y orientación de rol sexual en estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, 28(1), 119-125.
- Barrett, A. E., & White, H. R. (2002). Trajectories of gender role orientations in adolescence and early adulthood: A prospective study of the mental health effects of masculinity and femininity. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(4), 451-468.
- Barrientos, N., Escoto, C., Bosques, L. E., Enríquez, J., & Juárez, C. S. (2014). Interiorización de ideales estéticos y preocupación corporal en hombres y mujeres usuarios de gimnasio. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(1), 29-38.

- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York, NJ: Basic Books.
- Beck, A., T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York, NJ: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Handbook of Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Behar, R. (1992). Roles genéricos y anorexia nerviosa. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 38(2), 119-122.
- Behar, R. (2004). La identidad de género en la etiopatogenia de los trastornos del hábito del comer. En R. Behar & G. Figueroa (Eds.), *Anorexia nerviosa y bulimia: Clínica y terapéutica* (pp. 55-72). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 319-334.
- Behar, R., de la Barrera, M., & Michelotti, J. (2001). Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 129(9), 1003-1011.
- Behar, R., de la Barrera, M., & Michelotti, J. (2002). Femenidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Revista Médica de Chile*, 130(9), 964-975.
- Behar, R., de la Barrera, M., & Michelotti, J. (2003). Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Chile*, 131(7), 748-758.
- Bekker, M., & Boselie, K. (2002). Gender and stress: Is gender role stress? A re-examination of the relationship between feminine gender role stress and eating disorders. *Stress and Health*, 18(3), 141-149.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155-162.

- Bem, S. L. (1981a). *A manual for the Bem Sex Role Inventory*. Palo alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Bem, S. L. (1981b). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88(4), 354-364.
- Bem, S. L. (1985). Androgyny and gender schema theory: A conceptual and empirical integration. En T. B. Sonderegger (Ed.), *Psychology and gender: Nebraska symposium on motivation 1984* (pp. 179-226). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Bem, S. L. (1993). *The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Bentler, P. M. (2004). *EQS 6 Structural Equation Program manual*. Encino, CA: *Multivariate Software*.
- Blashill, A. J. (2011). Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: A meta-analysis. *Body Image*, 8(1), 1-11.
- Bojorquez, I. R. (2004). Construcción de género, actitudes y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes mexicanas. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Borchert, J., & Heinberg, L. (1996). Gender schema and gender role discrepancy as correlates of body image. *Journal of Psychology*, 130(5), 547-559.
- Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Women in Culture and Society*, 2(2), 342-355.
- Boskind-White, M., & White, W. C. (1986). Bulimarexia: A historical-sociocultural perspective. En K. D. Brownell & J. P. Foreyt (Eds.), *Handbook of eating disorders: Physiology, psychology, and treatment of obesity, anorexia, and bulimia* (pp. 353-366). Nueva York, NJ: Basic Books.
- Bosques, L. E. (2003). Evaluación de la relación entre los roles de género y la sintomatología de trastorno alimentario. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Bosques, L. E., Alvarez, G., & Escoto, M. C. (en prensa). Revisión de las propiedades psicométricas del Inventario de Roles Sexuales de Bem. *Enseñanza e Investigación en Psicología*.
- Bosques, L. E., Alvarez, G., & Mancilla, J. M. (2010, Octubre). Estereotipos de género, trastornos de la conducta alimentaria y trastorno dismórfico muscular: Una revisión sistemática. Trabajo presentado en el XVIII Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad de México, México.
- Bradley, L. A., & Reilly, A. (2014). A review of men's body image literature: What we know, and need to know. *International Journal of Costume and Fashion*, 14(1), 29-45.
- Braitman, K. A., & Ramanaiah, N. V. (1999). Sex roles and body image. *Psychological Reports*, 84(3), 1055-1059.
- Brazelton, E. W., Greene, K. S., Gynther, M., & O'Mell, J. (1998). Femininity, bulimia, and distress in college women. *Psychological reports*, 83(1), 355-363.
- Brower, K. J. (2011). Anabolic-androgenic steroids. En B. A. Johnson (Ed.), *Addiction medicine: Science and practice* (pp. 533-549). Nueva York, NJ: Springer.
- Brown, J., & Graham, D. (2008). Body satisfaction in gym-active males: An exploration of sexuality, gender, and narcissism. *Sex Roles*, 59(1/2), 94-106.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. Nueva York, NJ: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Buchner, A., Erdfelder, E., & Faul, F. (1997). How to use G*Power. Disponible en: <http://www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower>
- Buote, V. M., Wilson, A. E., Strahan, E. J., Gazzola, S. B., & Papps, F. (2011). Setting the bar: Divergent sociocultural norms for women's and men's ideal appearance in real-world contexts. *Body Image*, 8(4), 322-334.
- Byrne, S., & McLean, N. (2002). Elite athletes: Effects of the pressure to be thing. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 5(2), 80-94.
- Cala, M. J., & Barberá, E. (2009). Evolución de la perspectiva de género en psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(1), 91-101.

- Calderón, C., Forns, M., & Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(4), 641-647.
- Calogero, R. M., & Thompson, J. (2010). Gender and body image. En J. C. Chrisler & D. R. McCreary (Eds.), *Handbook of gender research in psychology. Volume 2: Gender research in social and applied psychology* (pp. 153-184). Nueva York, NJ: Springer.
- Caqueo-Urizar, A., Ferrer-García, M., Toro, J., Gutiérrez-Maldonado, J., Peñaloza, C., Cuadros-Sosa, Y., & Gálvez-Madrid, M. J. (2011). Associations between sociocultural pressures to be thin, body distress, and eating disorder symptomatology among Chilean adolescent girls. *Body Image*, 8(1), 78-81.
- Carroll, L. (1989). A comparative study of narcissism, gender, and sex-role orientation among bodybuilders, athletes, and psychology students. *Psychological Reports*, 64(3), 999-1006.
- Cash, T. F., & Szymanski, M. L. (1995). The development and validation of the Body-Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64(3), 466-477.
- Casper, R. C. (1998). Depression and eating disorders. *Depression and Anxiety*, 8(1), 96-104.
- Castro, R., Cachón, J., Molero, D., & Zagalaz, M. L. (2013). Dismorfia muscular y su relación con síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 31-36.
- Cella, S., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2013). Influence of gender role orientation (masculinity versus femininity) on body satisfaction and eating attitudes in homosexuals, heterosexuals and transsexuals. *Eating and Weight Disorders* 18, 115-124.
- Clark, L. A., & Watson, D. (2003). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. En A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 207-231). Washington, DC: American Psychological Association.

- Cohane, G. H., & Pope, H. G. (2001). Body image in boys: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 373-379.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Constantinople, A. (1973). Masculinity-femininity: An exception to a famous dictum. *Psychological Bulletin*, 80(5), 389-407.
- Cook, E. P. (1987). Psychological androgyny: A review of the research. *Counseling Psychologist*, 15(3), 471-513.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
- Cotrufo, P., Iannaccone, M., & Cella, S. (2012). Biological gender, sexual orientation and gender role in eating disorders. En I. Jauregui-Lobera (Ed.), *Relevant topics in eating disorders* (pp. 65-82). Croatia: InTech publisher. Recuperado de <http://www.intechopen.com/books/relevant-topics-in-eatingdisorders/biological-gender-sexual-orientation-and-gender-role-in-eating-disorders>
- Courtenay, W. H. (2000). Construction of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50, 1385-1401.
- Crago, M., Yates, A., Fleischer, C., Segerstrom, B., & Gray, N. (1996). The superwoman ideal and other risk factors for eating disturbances in adolescent girls. *Sex Roles*, 35(11/12), 801-810.
- Crawford, M. (2006). *Transformation: Women, gender and psychology*. Nueva York, NJ: McGraw-Hill.
- Crossley, K. L., Cornelissen, P. L., & Tovée, M. J. (2012). What is an attractive body?: Using an interactive 3D program to create the ideal body for you and your partner. *Plos One*, 7(11), e50601.
- Dakanalis, A., & Riva, G. (2013). Current considerations for eating and body-related disorders among men. En L.B. Sams & J. A. Keels (Eds.), *Handbook on body image: Gender differences, sociocultural influences and health implications* (pp. 195-216). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.

- Darcy, A. M. (2011). Eating disorders in adolescent males: An critical examination of five common assumptions. *Adolescent Psychiatry, 1*, 307-312.
- Darnall, B. D., Smith, J. E., Craighead, L. W., & Lamounier, J. A. (1999). Modification of the cognitive model for bulimia via path analysis on a Brazilian adolescent sample. *Addictive Behaviors, 24*(1), 47-57.
- Davis, C., Dionne, M., & Lazarus, L. (1996). Gender-role orientation and body image in woman and men: The moderating influence of neuroticism. *Sex Roles, 34*(7/8), 493-505.
- Day, K. (2010). Pro-anorexia and 'Binge-drinking': Conformity to damaging ideals or 'new', resistant femininities?. *Feminism & Psychology, 20*(2), 242-248.
- Deaux, K., & Lewis, L. L. (1984). Structure of gender stereotypes: Interrelationships among components and gender label. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*(5), 991-1004.
- Derenne, J. L., & Beresin, E. V. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry, 30*(3), 257-261.
- Díaz-Loving, R., Rocha, T. E., & Rivera, S. (2004). Elaboración, validación y estandarización de un inventario para evaluar las dimensiones atributivas de instrumentalidad y expresividad. *Revista Interamericana de Psicología, 38*(2), 263-276.
- Dittmar, H., Lloyd, 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.
- Duncan, P. (1985). The effects of pubertal timing on body image, school behavior and deviance. *Journal of Youth and Adolescence, 14*(3), 227-235.
- Drummond, M. J. N. (2002). Men, body image and eating disorders. *International Journal of Men's Health, 1*(1), 79-93.
- Drummond, M. J. N. (2005). Men's bodies: Listening to the voices of young gay men. *Men and Masculinities, 7*(3), 270-290.

- Eagly, A., & Wood, W. (1999). The origins of sex differences in human behavior: Evolved dispositions *versus* social roles. *American Psychologist*, 54(6), 408-423.
- Escoto, M. C., Alvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Camacho, E. J., Franco-Paredes, K., & Juárez, C. S. (2013). Psychometric properties of the Drive for Muscularity Scale in Mexican males. *Eating and Weight Disorders*, 18(1), 23-28.
- Escoto, M. C., Camacho, E. J., & Mancilla, J. M. (2012). Factores de riesgo para el desarrollo de sintomatología de trastornos alimentarios: Estudio prospectivo. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 7-15.
- Etchebarne, I., O'Connell, M., & Roussos, A. (2008). Estudio de mediadores y moderadores en la investigación en psicoterapia. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 13(1), 33-56.
- Faccio, E. (2013). *The corporal identity: When the self-image hurts*. Padua, Italy: Springer.
- Fennig, S., & Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(1), 32-39.
- Flament, M. F., Hill, E. M., Buchholz, A., Henderson, K., Tasca, G. A., & Goldfield, G. (2012). Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: The mediation effects of body esteem. *Body Image*, 9(1), 68-75.
- 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.
- Franco, K., Díaz, F. J., López-Espinoza, A., Escoto, M. C., & Camacho, E. J. (2013). Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Terapia Psicológica*, 31(2), 219-225. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3980834/pdf/2050-2974-1-S1-O48.pdf>

- Gadalla, T. M. (2011). Psychiatric comorbidity in eating disorders. En V. R. Preedy, R. R. Watson, & C. R. Martin (Eds.), *Handbook of behavior, food and nutrition* (pp. 1515-1524). New York, NJ: Springer.
- Garner, D. M. (1998). *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.
- Gerson, J. M. (1985). Women returning to school: The consequences of multiple roles. *Sex Roles*, 13(1/2), 77-92.
- Gillen, M. M., & Leifkowitz, E. S. (2006). Gender role development and body image among male and female first year college students. *Sex Roles*, 55(1/2), 25-37.
- Gómez-Peremitré, G. (2013). Socialización de género y modelos masculinos. En G. Gómez-Peremitré (Comp.), *Imagen corporal y orientación sexual: Deseo de un modelo corporal masculino ideal* (pp. 35-43). México: Fénix.
- González, K. E. (2009). Trastornos de la alimentación y ajuste de rol de género. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González, K. E., & Silva, C. (2014). Ajuste al rol de género en mujeres con y sin trastornos de la conducta alimentaria. *Psicología y Salud*, 24(2), 175-185.
- González-Forteza, C., Andrade, P., & Jiménez, J. A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 20(1), 27-34.
- Gray, J. J., & Ginsberg, R. L. (2007). Muscle dissatisfaction: An overview of psychological and cultural research and theory. En J. K. Thompson & G. Cafri (Eds.), *Muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives* (pp. 15-39). Washington, DC: American Psychological Association.
- Green, C. M., Davids, K. S., Cori, M. R., & Jada, J. H. (2008). Femininity and eating disorders. *Eating Disorders*, 16(4), 283-293.
- Green, M. A., Kugle, D., Stillman, A., Davids, C., Read, K., Siglin, K. et al. (2011). Feminine norms and disordered eating. En V. R. Preedy, R. Ross

- Watson, & C. R. Martin (Eds.), *Feminine norms and disordered eating* (pp. 1897-1910). Nueva York, NJ: Springer.
- Greenleaf, C., Boyer, E. M., & Petrie T. A. (2009). High school sport participation and subsequent psychological well-being and physical activity: The mediating influences of body image, physical competence, and instrumentality. *Sex Roles, 61*(9/10), 714-726.
- Grieve, F. G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders, 15*(1), 63-80.
- Griffiths, S., Murray, S. B., & Touyz, S. (2015). Extending the masculinity hypothesis: An investigation of gender role conformity, body dissatisfaction, and disordered eating in young heterosexual men. *Psychology of Men & Masculinity, 16*(1), 108-114.
- Grogan, S. (2008). Men and body image. *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (pp. 81-107). Nueva York, NJ: Routledge.
- Grogan, S., & Richards, H. (2002). Body image: Focus groups with boys and men. *Men and Masculinities, 4*(3), 219-232.
- Grossbard, J. R., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2011). Perceived norms for thinness and muscularity among college students: What do men and women really want? *Eating Behaviors, 12*(3), 192-199.
- Gruber, A. J. (2007). A more muscular female body ideal. En J. K. Thompson & G. Cafri (Eds.), *Muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives* (pp. 217-234). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1999). *Análisis multivariante*. (5a. edición). Madrid: Prentice-Hall.
- Hair, J. F., Black, B., Babin, B., & Anderson, R. E., (2009). *Multivariate data analysis*. (7a. edición). Nueva York, NJ: Prentice Hall.
- Hall, S. S. (2000). Obsession for men. *New York Times Upfront, 132*(12), 12-15.
- Harrison, K., & Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication, 47*(1), 40-67.

- Hart, K., & Kenny, M. (1997). Adherence to the super woman ideal and eating disorder symptoms among college women. *Sex Roles, 36*(7/8), 461-478.
- Harvey, J. A. & Robinson, J. D. (2003). Eating disorders in men: Current considerations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 10*(4), 297-306.
- Hawkesworth, M. (1999). Confundir el género (confounding gender). *Debate Feminista, 20*, 3-48.
- Heilbrun Jr, A. B., & Mulqueen, C. M. (1987). The second androgyny: A proposed revision in adaptive priorities for college women. *Sex Roles, 17*(3/4), 187-207.
- Helmreich, R., Spence, J., & Holahan, C. (1979). Psychological androgyny and sex role flexibility: A test of two hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(10), 1631-1644.
- Hepp, U., Sindler, A., & Milos, G. (2005). Eating disordered symptomatology and gender role orientation. *International Journal of Eating Disorders, 37*(3), 227-233.
- Hoffman, R. M., & Borders, L. D. (2001). Twenty-five years after the Bem Sex-Role Inventory: A reassessment and new issues regarding classification variability. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 34*(1), 39-55.
- Holbrook, T. M., Andersen, A. E., & Cohn, L. (2000). *Making weight: Men's conflicts with food, weight, shape & appearance*. Carlsbad, CA: Gürze Books.
- Homan, K. (2010). Athletic-ideal and thin-ideal internalization as prospective predictors of body dissatisfaction, dieting, and compulsive exercise. *Body Image, 7*(3), 240-245.
- Hudson J., & Pope, H. (1990). Affective spectrum disorder: Does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *American Journal of Psychiatry, 147*(5), 552-564.
- Hunt, C. J., Gonsalkorale, K., & Murray, S. B. (2013). Threatened masculinity and muscularity: An experimental examination of multiple aspects of muscularity in men. *Body Image, 10*(3), 290-299.

- Jacobi, C. (2005). Psychosocial risk factors for eating disorders. En S. Woonderlich, J. Mitchell, J. de Zwaan, & H. Steiger (Eds.), *Eating disorders review* (pp. 60-85). Oxford, Reino Unido: Radcliffe Publishing.
- Jiménez-Cruz, B. E., & Silva-Gutiérrez, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de Psicología*, 26(1), 11-17.
- Johnson, C. E., & Petrie, T. A. (1995). The relationship of gender discrepancy to eating disorder attitudes and behavior. *Sex Roles*, 33(5/6), 405-416.
- Johnson, C. E., & Petrie, T. A. (1996). Relationship of gender discrepancy to psychological correlates of disordered eating in female undergraduates. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 473-479.
- Johnson, W. G., Rohan, K. J., & Kirk, A. A. (2002). Prevalence and correlates of binge eating in white and African American adolescents. *Eating Behaviors*, 3(2), 179-189.
- Jones, L. R., Fries, E., & Danish, S. J. (2007). Gender and ethnic differences in body image and opposite sex figure preferences of rural adolescents. *Body Image*, 4(1), 103-108.
- Jones, W., & Morgan, J. (2010). Eating disorders in men: A review of the literature. *Journal of Public Mental Health*, 9(2), 23-31.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kanayama, G., Barry, S., Hudson, J. I., & Pope, H. G. (2006). Body image and attitudes toward male roles in anabolic-androgenic steroid users. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 697-703.
- Kaplan, A., & Bean, J. (1976). *Beyond sex-role stereotypes: Readings toward a psychology of androgyny*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Kelley, C. C., Neufeld, J. M., & Musher-Eizenman, D. R. (2010). Drive for thinness and drive for muscularity: Opposite ends of the continuum or separate constructs? *Body Image*, 7(1), 74-77.
- Kerlinger, F., & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento*. (4ta. edición). México: McGraw-Hill.

- Kimmel, S. B., & Mahalik, J. R. (2005). Body image concerns of gay men: The roles of minority stress and conformity to masculine norms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(6), 1185-1190.
- Klein, A. M. (1993). *Little big men: Body building subculture and gender construction*. Nueva York, NJ: State University of New York Press.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. (2da. edición). Nueva York: Guilford Press.
- Klingenspor, B. (2002). Gender-related self-discrepancies and bulimic eating behavior. *Sex Roles, 47*(1/2), 51-64.
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry, 59*, 877-883.
- Kuennen, M. R., & Waldron, J. J. (2007). Relationships between specific personality traits, fat free mass indices and the Muscular Dysmorphia Inventory. *Journal of Sport Behavior, 30*(4), 453-470.
- Lai, B. P., Tang, C. S., & Tse, W. K. (2005). Prevalence and psychosocial correlates of disordered eating among Chinese pregnant women in Hong Kong. *Eating Disorders, 13*(2), 171-186.
- Lakkis, J., Ricciardelli, L. A., & Williams, R. J. (1999). Role sexual orientation and gender-related traits in disordered eating. *Sex Roles, 41*(1/2), 1-16.
- Lancelot, C., & Kaslow, N. J. (1994). Sex role orientation and disordered eating in women: A review. *Clinical Psychology Review, 14*(2), 139-157.
- Lara, M. A. (1993). *Inventario de Masculinidad-Femineidad (IMAFE)*. México: Manual Moderno.
- Larios, M., Alvarez, G., Escoto, M. C., Franco, K., & Mancilla, J. M. (2009/Octubre). Imagen corporal, perfeccionismo y síntomas de dismorfia muscular en usuarios de gimnasios: Comparación por género. Trabajo presentado en el XVII Congreso Mexicano de Psicología. Acapulco, Guerrero, México.
- Lázaro, L., Font, E., Moreno, E., Calvo, R., Vila, M., Andrés-Perpiña, S., ... Castro-Fornieles, J. (2011). Effectiveness of self-esteem and social skills group therapy in adolescent eating disorder patients attending a day

- hospital treatment programme. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 398-406.
- Lefkowitz, E. S., & Zeldow, P. B. (2006). Masculinity and femininity predict optimal mental health: A belated test of the androgyny hypothesis. *Journal of Personality Assessment*, 87(1), 95-101.
- Leit, R. A., Pope, H. G., & Gray, J. J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of playgirl centerfolds. *International Journal of Eating Disorders*, 29(1), 90-93.
- Lejia, N. E. (2007). Autoestima en mujeres con menos y más de 5 años de evolución de la menopausia en la Unidad de Medicina Familiar No. 25 de Cd. González, Tamaulipas de Enero a Diciembre de 2006. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Levine, M. P., Piran, N., & Jasper, K. (2015). Eating disorders. En T. P. Gullotta, R. W. Plant, & M. A. Evans (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral: Problems evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 305-328). New York, NJ: Springer.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (1992). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll, & M. A. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (pp. 59-80). Washington, DC: Hemisphere.
- Lewis, L. D., & Johnson, B. A. (1985). A comparison of sex role orientation between women with bulimia and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 4(3), 247-257.
- López-Aguilar, X., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Ocampo, M. T., Franco-Paredes, K., & Alvarez-Rayón, G. (2010). Factores predictores del atracón alimentario en una muestra comunitaria de mujeres Mexicanas. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 25-38.
- Luciano, L. (2007). Muscularity and masculinity in the United States: A historical overview. En J. K. Thompson & G. Cafri (Eds.), *The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives* (pp. 41-65). Washington, DC: American Psychological Association.

- Ludwig, M., & Brownell, K. (1999). Lesbians, bisexual women, and body image: An investigation of gender roles and social group affiliation. *International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 89-97.
- Magallares, A. (2013). Masculinity, drive for muscularity and eating concerns in men. *Suma Psicológica*, 20(1), 83-88.
- Maida, D. M., & Armstrong, S. L. (2005). The classification of muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 4(1), 73-91.
- Mancilla, J.M., Franco, K., Alvarez, G., López, X., Vázquez, R. & Ocampo, M.T. (2004). Restricción alimentaria y preocupación por la figura: Exploración en una muestra comunitaria. *Psicología y Ciencia Social*, 6(2), 56-65.
- Mancilla, J. M., Gómez, G., Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X., & Acosta, M. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En J. M. Mancilla & G. Gómez (Eds.), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 123-171). México: Manual Moderno.
- Mancilla-Díaz, J. M., Lameiras-Fernández, M., Vázquez-Arévalo, R., Alvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X. et al. (2010). Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 36-47.
- Markus, H., Crane, M., Berstein, S., & Siladi, M. (1982). Self-schemas and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 38-50.
- Martin, C. L. (2000). Cognitive theories of gender development. En T. Eckes & H. M. Trautner (Eds.), *The developmental social psychology of gender* (pp. 91-121). Nueva York, NJ: Laurence Erlbaum Associates.
- Martin, C. L., & Dinella, L. M. (2001). Gender development: Gender schema theory. En J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences, and the impact of society on gender* (pp. 507-521). San Diego, CA: Academic Press.
- Martin, C. L., & Halverson C. (1981). A schematic processing model of sex typing and stereotyping in children. *Child Development*, 52(4), 1119-1134.
- Martin, C. L., Ruble D. N., & Szkrybalo, J. (2002). Cognitive theories of early gender development. *Psychological Bulletin*, 128(6), 903-933.

- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *Spanish Journal of Psychology*, *10*(2), 458-467.
- Martínez, I., & Bonilla, A. (2000). *istema se o g nero, identidades construcción de la subjetividad*. Valencia, España: Universidad de Valencia.
- Martino, S., & Lauriano, S. (2013). Feminist identity and the superwoman ideal *Journal of Behavioral Health*, *2*(2), 167-172.
- Mayobre, R. P. (2006). La formación de la identidad de género. Una mirada desde la filosofía. En J. M Esteve & J. Vera (Eds.), *Educación social e igualdad de género* (pp. 21-59). Málaga, España: Ayuntamiento de Málaga.
- McBride, A. B. (1988). Mental health effects of women's multiple roles. *Journal of Nursing Scholarship*, *20*(1), 41-47.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Weight and shape concerns of boys and men. En J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 606-636). Nueva York, NJ: John Wiley & Sons.
- McCreary, D. R. (2011). Body image and muscularity. En T. F. Cash & L. Smolak (Eds), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 198-205). Nueva York, NJ: Guilford Press.
- McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, *48*(6), 297-304.
- McCreary, D. R., & Saucier, D. M. (2009). Drive for muscularity, body comparison, and social physique anxiety in men and women. *Body Image*, *6*(1), 24-30.
- McCreary, D. R., Saucier, D., & Courtenay, W. (2005). The drive for muscularity and masculinity: Testing the associations among gender-role traits, behaviors, attitudes, and conflict. *Psychology of Men and Masculinity*, *6*(2), 83-94.
- McHale, S. M., Corneal, D. A., Crouter, A. C., & Birch, L. L. (2001). Gender and weight concerns in early and middle adolescence: Links with well-being

- and family characteristics. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 338-348.
- 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 de México.
- Mendoza, A. N., Morales, J. G., Alvarez, G., Vázquez, R., López, X., & Amaya, A. (2010, Octubre). Propiedades psicométricas de una versión masculina del Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ-V). Trabajo presentado en el XVIII Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad de México, México.
- Mendoza, J. I., González, K. E., & Silva, C. (2013). Auto percepción, ideal personal y prescripción social del rol de género con relación a las actitudes hacia la alimentación en un grupo de mujeres adolescentes. *Psicología y Salud*, 23(55), 63-73.
- Mensingher, J. L. (2005). Disordered eating and gender socialization in independent-school environments: A multi-level mediation model. *Journal of Ambulatory Care Management*, 28(1), 30-40.
- Mensingher, J. L., Bonifazi, D., & La Rosa, J. (2007). Perceived gender role prescriptions in schools, the superwoman ideal, and disordered eating among adolescent girls. *Sex Roles*, 57(7/8), 557-568.
- Meyer, C., Blissett, J., & Oldfield C. (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: The role of masculinity and femininity. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 314-318.
- Miller, M. N., & Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64(2), 93-110.
- Mishkind, M. E., Rodin, J., Silberstein, L. R., & Striegel-Moore, R. H. (1986). The embodiment of masculinity: Cultural, psychological, and behavioral dimensions. *American Behavioral Scientist*, 29(5), 545-562.
- Moreno, M. A., & Ortiz, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190.

- Morrison, T. G., Morrison, M. A., & Hopkins, C. (2003). Striving for bodily perfection? An exploration of the drive for muscularity in Canadian men. *Psychology of Men & Masculinity, 4*(2), 111-120.
- Mulaik, S. A. (2009). *Linear causal modeling with structural equations*. New York, NJ: CRC Press.
- Murnen, S. K., & Don, B. P. (2012). Body image and gender roles. En T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance: Vol. 1* (pp. 128-134). San Diego, CA: Academic Press.
- Murnen, S. K., & Smolak, L. (1997). Femininity, masculinity, and disordered eating: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders, 22*(3), 231-242.
- Murray, S. B., Rieger, E., Karlov, L., & Touyz, S. W. (2013). An investigation of the transdiagnostic model of eating disorders in the context of muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review, 21*(2), 160-164.
- Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W., & de la Garza, Y. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong?. A review paper. *International Journal of Eating Disorders, 43*, 483-491.
- Murray, S. B., & Touyz, S. W. (2012). Masculinity, femininity and male body image: A recipe for future research. *International Journal of Men's Health, 11*(3), 227-239.
- Mussap, A. (2008). Masculine gender role stress and the pursuit of muscularity. *International Journal of Men's Health, 7*(1), 72-89.
- Nasser, M. (2010). The sociocultural and personal dimension of eating disorders. En D. Kohen (Ed.), *Oxford textbook of women and mental health* (pp. 219-226). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Nasser, M., & Katzman, M. (2003). Sociocultural theories of eating disorders: An evolution in thought. En J. Treasure, U. Schmidt, & E. van Furth (Eds.), *Handbook of eating disorders* (pp. 139-150). West Sussex, Reino Unido: John Wiley & Sons.
- Navarro, C. I. (2009). Identidad de género como factor de riesgo en trastornos de la imagen corporal y conducta alimentaria. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Newell, S. (1993). The superwoman syndrome: Gender differences in attitudes towards equal opportunities at work and towards domestic responsibilities at home. *Work, Employment & Society, 7*(2), 275-289.
- O'Heron, C. A., & Orlofsky, J. L. (1990). Stereotypic and nonstereotypic sex role trait and behavior orientations, gender identity, and psychological adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(1), 134-143.
- Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry, 9*(5), 245-259.
- Olivardia, R. (2007). Body image and muscularity. En J. E. Grant & M. N. Potenza (Eds.), *Textbook of men's mental health* (pp. 307-324). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Osborne, J. W., & Costello, A. B. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation, 10*(7), 1-9.
- Paxton, S., & 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.
- Peterson, R. D., Grippo, K. P., & Tantleff-Dunn, S. (2008). Empowerment and powerlessness: A closer look at the relationship between feminism, body image and eating disturbance. *Sex Roles, 58*(9-10), 639-648.
- Polanco, H. G., & Reyes, I. (2003). Características instrumentales y expresivas atribuidas a los roles de género en México. *Revista de Psicología Social y Personalidad, 19*(2), 117-134.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2004). Sociocultural idealization of thin female body shapes: An introduction to the special issue on body image and eating disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(1), 1-6.
- Pompper, D., & Koenig, J. (2004). Cross-cultural-generational perceptions of ideal body image: Hispanic women and magazine standards. *Journalism & Mass Communication Quarterly, 81*(1), 89-107.

- Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia: An unrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557.
- Pope, H. G., Olivardia, R., Gruber, R., & Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 65-72.
- Pope, H. G., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2002). *The Adonis complex: How to identify, treat, and prevent body obsession in men and boys*. Nueva York, NJ: Touchstone.
- Pritchard, M. (2008). Disordered eating in undergraduates: Does gender role orientation influence men and women the same way? *Sex Roles*, 59(3/4), 282-289.
- Pritchard, M., Parker, C., & Nielsen, A. (2008). What predicts drive for muscularity in college students? *Eating Behaviors*, 12(3), 228-231.
- Ravaldi, C., Vannacci, A., Bolognesi, E., Mancini, S., Faravelli, C., & Ricca, V. (2006). Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 529-535.
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2007). Pursuit of muscularity among adolescents. En J. K. Thompson & G. Cafri (Eds.), *Muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives* (pp. 199-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., & Lillis, J. (2006). A longitudinal investigation of the development of weight and muscle concerns among preadolescent boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 177-187.
- Ricciardelli, L. A., Williams, R. J., & Kiernan, M. J. (1998). Relation of drinking and eating to masculinity and femininity. *Journal of Social Psychology*, 138(6), 744-752.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.

- Rojas-Barahona, C., Zegers, B., & Forster, M. (2009). La Escala de Autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes y adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 137(6), 791-800.
- Root, P. (1990). Disordered eating in women of color. *Sex Roles*, 22(7/8), 525-536.
- Rosen, J. C. (1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 331-343.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*, 8(30), 95-145.
- Russell, C. J., & Keel, P. K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 300-306.
- Sáenz-Herrero, M., & Díez-Alegría, C. (2015). Gender and corporality, corporeality, and body image. En M. Sáenz-Herrero (Ed.), *Psychopathology in women: Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* (pp. 113-142). Nueva York, NJ: Springer.
- Saucedo-Molina, T. J., & Pérez-Mitré, G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31(2), 69-74.
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623-642.
- Schwartz, D. M., Thompson, M. G., & Johnson, C. L. (1985). Anorexia nervosa and bulimia: The sociocultural context. En S. Wiley (Ed.), *Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia: Biomedical, sociocultural, and psychological perspectives* (pp. 95-112). Nueva York, NJ: Brunner/Mazel.
- Scott, J. W. (1988). *Gender and the politics of history*. Nueva York, NJ: Columbia University Press.

- Shapiro, D. H., Schwartz, C. E., & Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, *51*(12), 1213-1230.
- Shepherd, C. B., & Rickard, K. M. (2012). Drive for muscularity and help-seeking: The mediational role of gender role conflict, self-stigma, and attitudes. *Psychology of Men & Masculinity*, *13*(4), 379-392.
- Shifren, K., Furnham, A., & Bauserman, R. L. (1998). Instrumental and expressive traits and eating attitudes: A replication across American and British students. *Personality and Individual Differences*, *25*(1), 1-17.
- Shisslak, C. M., & Crago, M. (2001). Risk and protective factors in the development of eating disorders. En J.K. Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (pp. 103-125). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2009). Binge eating in adolescents: Its relation to behavioural problems and family-meal patterns. *Eating Behaviors*, *10*(1), 22-28.
- Silverstein, B., Carpman, S., Perlick, D., & Perdue, L. (1990). Nontraditional sex role aspirations, gender identity conflict, and disordered eating among college women. *Sex Roles*, *23*(11/12), 687-695.
- Smith, M. C., & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *41*(5), 863-872.
- Smith, S. G. (1992). *Gender thinking*. Filadelfia, PA: Temple University Press.
- Smolak, L. (2005). Eating disorders in girls. En D. J. Bell, S. L. Foster, & E. J. Mash (Eds.), *Handbook of behavioral and emotional problems in girls* (pp. 463-487). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Smolak, L., & Levine, M. P. (2001). Body image in children. En J. K. Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (pp. 41-66). Washington, DC: American Psychological Association.

- Smolak, L., & Murnen, S. K. (2001). Gender and eating problems. En R. H. Streigel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 91-110). Washington, DC: American Psychological Association.
- Smolak, L., & Murnen, S. K. (2008). Drive for leanness: Assessment and relationship to gender, gender role and objectification. *Body Image*, 5(3), 251-260.
- Smolak, L., & Stein, J. A. (2006). The relationship of drive for muscularity to sociocultural factors, self-esteem, physical attributes gender role, and social comparison in middle school boys. *Body Image*, 3(2), 121-129.
- Solano, P. N., & Cano, V. A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: Un estudio comparativo. *Psicothema*, 24(3), 384-389.
- Spekte, S. E., & Wiss, D. A. (2014). Muscle dysmorphia: Where body image obsession, compulsive exercise, disordered eating, and substance abuse intersect in susceptible males. En T. D. Brewerton & A. B. Dennis (Eds.), *Eating disorders, addictions and substance use disorders: Research, clinical and treatment perspectives* (pp. 439-457). New York, NJ: Springer.
- Spence, J. T., & Helmreich, R. L. (1978). *Masculinity and femininity: Their psychological dimensions, correlates and antecedents*. Austin, TX: University of Texas Press.
- Spence, J. T., Helmreich, R. L., & Holahan, C. C. (1979). Negative and positive components of psychological masculinity and femininity and their relationships to neurotic and acting out behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(10), 1631-1644.
- Spitzer, B. L., Henderson, K. A., & Zivian, M. T. (1999). Gender differences in population versus media body sizes: A comparison over four decades. *Sex Roles*, 40(7/8), 545-565.
- SPSS 16 para Windows [Software de cómputo]. (2008). Chicago, IL: SPSS, Inc.
- Steiner-Adair, C. (1986). The body politic: Normal female adolescent development and the development of eating disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 14(1), 95-114.

- Stice, E. (2002a). Sociocultural influences on body image and eating disturbance. En C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity* (pp. 103-107). Nueva York, NJ: Guilford Press.
- Stice, E. (2002b). Risk factors for eating pathology: Recent advances and future directions. En R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 51-73). Washington, DC: American Psychological Association.
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A. et al. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 471-474.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2001). *Using multivariate statistics*. Nueva York: Allyn and Bacon.
- Thomas, K., Ricciardelli, L. A., & Williams, R. J. (2000). Gender traits and self-concept as indicators of problem eating and body dissatisfaction among children. *Sex Roles*, 43(7/8), 441-458.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 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.
- Timko, C., Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1987). Femininity/masculinity and disordered eating in women: How are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 6(6), 701-712.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona, España: Ariel.
- Tylka, T. L., & Subich, L. M. (2004). Examining a multidimensional model of eating disorder symptomatology among college women. *Journal of Counseling Psychology*, 51(3), 178-191.
- Unikel, C., Aguilar, J., & Gómez-Peresmitré, G. (2005). Predictors of eating behaviors in a sample of Mexican women. *Eating and Weight Disorders*, 10(1), 33-39.

- Usmiani, S., & Daniluk, J. (1997). Mothers and their adolescent daughters: Relationship between self-esteem, gender role identity, and body image. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(1), 45-62.
- Vander Wal, J. S., Gibbons, J. L., & Grazioso, M. P. (2008). The sociocultural model of eating disorder development: Application to a Guatemalan sample. *Eating Behaviors*, 9(3), 277-284.
- Vázquez, A. J., Jiménez, R., & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
- Vázquez, R., Mancilla, J. M., Mateo, C., López, X., Alvarez, G., Ruíz, A. O., & Franco, K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 53-63.
- Vázquez, R., Saucedo, I. A., Ocampo, M. T., López, X., Mancilla, J. M., & Alvarez, G. (2010). Psychometric properties of the Eating Attitudes Test for men. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 39-46.
- Weltzin, T. E., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C., & Bean, P. (2005). Eating disorders in men: Update. *Journal of Men's Health & Gender*, 2(2), 186-193.
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, 1(2), 125-151.
- Whitley, B. E. (1984). Sex-role orientation and psychological well-being: Two meta-analyses. *Sex Roles*, 12(1/2), 207-225.
- Wienke, C. (1998). Negotiating the male body: Men, masculinity, and cultural ideals. *Journal of Men's Studies*, 6(3), 255-282.
- Williams, R. J., & Ricciardelli, L. A. (2001). Sex-role traits and the comorbidity of symptoms of disordered eating and problem drinking. *Eating Behaviors*, 2(1), 67-77.
- Williams, R. J., & Ricciardelli, L. A. (2003). Negative perceptions about self-control and identification with gender-role stereotypes related to binge eating, problem drinking, and to comorbidity among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 32(1), 66-72.

- Williams, R. J., Taylor J., & Ricciardelli, L. A. (2000). Sex-role traits and self-monitoring as dimensions of control: Women with bulimia nervosa vs. controls. *British Journal of Clinical Psychology, 39*(3), 317-320.
- Woodside, D. B. (2002). Eating disorders in men: An overview. *Healthy Weight Journal, 16*(4), 52-55.

A N E X O S

Anexo 1

Propiedades psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg

Objetivo particular

Valorar la consistencia interna y la validez de constructo de la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Método

Tipo de investigación y de diseño

El tipo de investigación fue no experimental y el tipo de diseño fue transeccional-correlacional.

Muestra

Fue no probabilística de tipo intencional, conformada por 479 participantes de entre 17 y 34 años ($M = 20.74$, $DE = 2.71$), de los cuales 244 fueron varones ($M = 20.96$, $DE = 2.81$) y 235 mujeres ($M = 20.50$, $DE = 2.60$). Todos estudiantes universitarios de cuatro instituciones educativas públicas de la zona metropolitana de la Ciudad de México y pertenecientes a 13 diferentes carreras de educación superior. Cabe señalar que no se hubo una diferencia significativa respecto a la edad entre el grupo de mujeres y de varones ($t = 1.86$, $p = 0.64$). El tamaño muestral se calculó considerando lo sugerido por Hair, Anderson, Taham y Black (1999), quienes señalan que, como regla general, es apropiado contar con un mínimo de cinco observaciones por cada variable a analizar. Así como con el criterio propuesto por Clark y Watson (2003), en cuanto que para el cálculo de los coeficientes de consistencia

interna, entre 200 y 300 participantes se considera un tamaño adecuado. Por otra parte, es pertinente señalar que, los criterios de inclusión a la muestra fueron: haber contestado por completo los instrumentos y que su edad se encuentre dentro del rango propuesto.

Instrumento

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES, por sus siglas en inglés). Fue diseñado por Rosenberg (1965) con la finalidad de medir el sentimiento que una persona tiene hacia sí mismo, que puede ser positivo o negativo, y que se construye por medio de una evaluación de sus propias características. En 2005, Schmitt y Allik realizaron un estudio multicultural en 53 naciones, en el cual se reportó que en México la escala mostró tener una consistencia interna adecuada ($\alpha = .73$). El RSES está constituido por 10 ítems diseñados bajo el formato de una escala tipo Likert de 4 puntos, que va desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 4 (muy de acuerdo).

Se considera pertinente realizar el análisis de las propiedades psicométricas del RSES porque: 1. es un instrumento ampliamente empleado en torno a la investigación sobre TCA y ha mostrado ser funcional (Byrne & McLean, 2002; Thompson et al., 1999; Tylka & Subich, 2004); 2. hay estudios realizados en México que han utilizado el RSES y no reportan sus propiedades psicométricas (Leija, 2007); y 3. se han observado ciertas inconsistencias entre las diferentes traducciones al español del instrumento (González-Forteza et al., 1997; Martín-Albo et al., 2007; Rojas-Barahona et al., 2009; Vázquez et al., 2004).

Procedimiento

Recolección de datos

Para llevar a cabo el trabajo de campo, se acudió a cada una de las instituciones educativas, se hizo la solicitud para realizar la aplicación, explicitando el objetivo de la investigación y acordando las fechas y horarios en los cuales se podía acceder a los grupos. Posteriormente, se realizó la aplicación de la batería de cuestionarios de manera grupal (20 a 30 participantes por aplicación), previa aceptación y firma del consentimiento informado.

Análisis de datos

En el caso de ambos instrumentos, la consistencia interna se estimó por medio del coeficiente *alpha* de Cronbach. En cuanto a la validez de constructo, se realizó Análisis Factorial Exploratorio (AFE) con el método de extracción de ejes principales y con rotación de tipo oblicua, específicamente Promax y, cuando así fue necesario, se procedió a forzar la estructura con base a las soluciones factoriales documentadas en la literatura. Al respecto, Osborne y Costello (2005) señalan que las rotaciones oblicuas son más pertinentes en estudios del comportamiento puesto que se espera cierta correlación entre los factores, por tanto, la rotación oblicua resultaría en una solución más precisa en tanto que, de utilizarse los resultados de la rotación ortogonal se perdería información valiosa si los factores están correlacionados. Posteriormente, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) con la finalidad de probar hipotéticamente, a través de un modelo, los resultados obtenidos en el AFE.

Resultados

Consistencia interna de la estructura original

Se obtuvo un coeficiente de consistencia adecuado para la RSES ($\alpha = .69$) en la muestra, siendo ligeramente mayor en el caso de los varones ($\alpha = .71$) que en las mujeres ($\alpha = .66$). Sin embargo, de eliminarse el reactivo ocho, dicho coeficiente incrementaría a $.75$ en la muestra total y, por sexo, a $.77$ en varones y $.71$ en mujeres. Además, cabe mencionar que en el caso del análisis de intercorrelación ítem-total, fue el único de los 10 ítems que, aunque fue significativo, no rebasó una correlación de $.20$ (Anexo 1-Tabla 1).

Anexo 1-Tabla 1

Correlación (r de Pearson) de los 10 ítems con la puntuación total del RSES (N = 479)

Ítem	Puntuación Total del RSES
1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).	.59**
2. Pienso que no soy bueno(a) en nada.*	.60**
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas.	.46**
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	.56**
5. Creo que no tengo muchas razones para estar orgulloso(a) de mí.*	.50**
6. Me siento inútil.*	.57**
7. Creo que soy una persona valiosa, al igual que otros(as).	.65**
8. Desearía respetarme más a mí mismo(a).*	.18**
9. Pienso que soy un(a) fracasado(a).*	.61**
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a).	.65**

Nota: * Ítems negativos; ** $p < .0001$.

Análisis de la estructura factorial

Con ítem 8

El estadístico KMO de la escala de autoestima de Rosenberg fue de $.83$, mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2 = 958.15$, $gl = 45$, $p < .0001$). Y el mayor coeficiente de correlación entre los 10

reactivos se presentó entre los ítems cuatro y siete ($r = .52$) lo que ratifica la no existencia de extrema multicolinealidad entre las variables (Anexo 1-Tabla 2).

Posteriormente, se realizó el AFE el cual obtuvo dos factores que explicaron 33.52% de la varianza total. Solamente el reactivo cinco no alcanzó un valor mínimo de .32, en tanto que, en el ítem siete no existió una diferencia mínima de .10 entre las cargas ponderales de ambos factores (Anexo 1-Tabla 3). De tal manera que, la estructura quedó conformada con dos factores, el primero con valor propio de 2.60 y cinco reactivos (dos positivos y tres negativos) y el segundo factor con valor propio de 2.03 y tres ítems (dos positivos y uno negativo).

El estadístico KMO de la escala de autoestima de Rosenberg sin considera el reactivo ocho fue de .84, mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2 = 912.41$, $gl = 36$, $p < .0001$). Y el mayor coeficiente de correlación entre los 10 reactivos se presentó entre los ítems cuatro y siete ($r = .52$) lo que ratifica la no existencia de extrema multicolinealidad entre las variables.

Anexo 1-Tabla 2

Correlaciones r de Pearson más altas de cada ítem alcanzadas con los reactivos del RSES

Ítems	r	Ítem
1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).	.42	10
2. Pienso que no soy bueno(a) en nada.*	.36	7
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas.	.39	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	.52	7
5. Creo que no tengo muchas razones para estar orgulloso(a) de mí.*	.27	2
6. Me siento inútil.*	.40	9
7. Creo que soy una persona valiosa, al igual que otros(as).	.52	4
8. Desearía respetarme más a mí mismo(a).*	-.19	3, 4
	.13	1
9. Pienso que soy un(a) fracasado(a).*	.46	7
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a).	.46	7

Nota: * Ítems negativos.

Anexo 1-Tabla 3

Análisis factorial exploratorio con método de extracción por ejes principales y rotación oblicua (Promax) del RSES con 10 ítems (N = 479)

	Matriz de estructura	
	Factor 1	Factor 2
1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).	.571	.244
2. Pienso que no soy bueno(a) en nada.*	.532	.303
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas.	.404	.580
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	.536	.655
5. Creo que no tengo muchas razones para estar orgulloso(a) de mí.*	.279	.044
6. Me siento inútil.*	.471	.303
7. Creo que soy una persona valiosa, al igual que otros(as).	.668	.635
8. Desearía respetarme más a mí mismo(a).*	.024	-.378
9. Pienso que soy un(a) fracasado(a).*	.624	.496
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a).	.635	.472
Valor propio	2.60	2.03

Nota: * Ítems negativos.

Sin ítem 8

Al realizar el AFE se derivaron dos factores que explicaron 34.63% de la varianza total. Con respecto al análisis de las cargas ponderales, no hubieron reactivos con valor mínimo esperado ($> .32$), en tanto que, en tres ítems (1, 6 y 10) no existió una diferencia mínima de .10 (Anexo 1-Tabla 4). De tal manera que la estructura quedó conformada con dos factores, el primero con valor propio de 2.63 agrupado por cuatro reactivos (tres positivos y uno negativo) y el segundo factor con valor propio de 2.02 y dos ítems, ambos negativos. De tal forma que, como el segundo factor no alcanza el criterio de conformación de por lo menos tres reactivos, se estaría considerando la existencia de un solo factor que está midiendo un mismo constructo independientemente de que los reactivos sean positivos o negativos. La estructura unidimensional quedaría compuesta por ocho ítems, quedando fuera

el ítem cinco que no alcanza una carga factorial mínima esperada. Y la consistencia interna con estos ocho ítems es adecuada en la muestra total ($\alpha = .79$) manteniéndose un índice mayor para los varones ($\alpha = .81$) con respecto a las mujeres ($\alpha = .76$).

Anexo 1-Tabla 4

Análisis factorial exploratorio con método de extracción por ejes principales y rotación oblicua (Promax) del RSES sin incluir el ítem ocho (N = 479)

	Matriz de estructura	
	Factor 1	Factor 2
1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).	.467	.476
2. Pienso que no soy bueno(a) en nada. *	.442	.609
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas.	.543	.258
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	.647	.397
5. Creo que no tengo muchas razones para estar orgulloso(a) de mí. *	.160	.379
6. Me siento inútil. *	.425	.455
7. Creo que soy una persona valiosa, al igual que otros(as).	.728	.528
9. Pienso que soy un(a) fracasado(a). *	.621	.525
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a).	.620	.539
Valor propio	2.63	2.02

* Ítems negativos.

Análisis factorial confirmatorio

Se realizó el AFC con los reactivos 10 ítems del RSES. Cabe se, para ello, se eliminaron cuatro participantes de la muestra original (N = 277) dado que mostraron un comportamiento de respuesta que incrementaba la contribución a la curtosis multivariante normalizada; de esta forma, la muestra quedó conformada por 273 participantes. Inicialmente, los índices del modelo inicial no cumplieron los niveles de ajuste (Anexo 1-Tabla 5). Por lo tanto, se procedió a establecer seis correlaciones entre residuos y los índices de bondad de ajuste mejoraron sustancialmente. Cabe señalar que la prueba de Wald

sugirió, durante el ajuste del modelo, eliminar el ítem ocho cuya asociación fue muy débil (-.07). El modelo ajustó con nueve reactivos, obteniéndose adecuados índices de bondad de ajuste y una consistencia interna aceptable ($\alpha = .67$).

Sin embargo, también se comprobó el ajuste de modelo con ocho reactivos (prescindiendo de los reactivos cinco y ocho de acuerdo al AFE). El modelo final ajustó con cuatro correlaciones entre errores de variables y una consistencia interna ligeramente más elevada ($\alpha = .69$).

Anexo 1-Tabla 5

Índices de bondad de ajuste de los AFC de RSES

	χ^2	p	χ^2/gl	NNFI	CFI	IFI	GFI	SRMR	RMSEA
Primer modelo	113.125	.00000	3.28	.77	.82	.81	.92	.07	.09
Modelo ajustado sin ítem 8	28.989	.11427	1.38	.96	.98	.98	.98	.02	.04
Modelo ajustado sin ítems 8 y 5	25.553	.06065	1.597	.95	.97	.97	.98	.04	.05

Discusión

El RSES es un instrumento que, desde su conformación, ha sido ampliamente utilizado en distintos países y en distintas lenguas (Schmitt & Allik, 2005). De acuerdo con los índices de consistencia interna reportados en diferentes estudios con muestras hispanoparlantes, se ha observado que éstos han llegado a ser más altos en españoles con valores que van del .85 al .87 (Martín-Albo et al., 2007; Vázquez et al., 2004). En tanto que, en población mexicana los coeficientes reportados han sido inferiores yendo de de .68 a .73

(González-Forteza et al., 1997; Schmitt & Allik, 2005), y generalizable en países latinoamericanos, pues recientemente, en una muestra chilena se obtuvo una consistencia interna de .75 (Rojas-Barahona et al., 2009), en tanto que Schmitt y Allik (2005) indicaron coeficientes que no superaron el .80 en países como Argentina ($\alpha = .76$), Bolivia ($\alpha = .70$) y Brasil (.79), solamente Perú lo rebasó alcanzando un índice *alpha* de .83.

Anexo 2

Definiciones conceptuales y operacionales de los constructos

Anexo 2 Tabla 1

Definición conceptual y operacional de variables

Variable	Definición	
	Conceptual	Operacional
Síntomatología de trastorno del comportamiento alimentario		
Dieta restrictiva	Evitación intencional de la ingestión de alimento con la finalidad de adelgazar, abarcando desde la realización de “dietas” más o menos estrictas, hasta el ayuno, ya sea parcial o total (Alvarez, Vázquez, Mancilla et al., 2002).	Puntuación en el factor dieta restrictiva del EAT, conformado por nueve ítems (Alvarez-Rayón et al., 2004).
Atracón	Ingestión de una gran cantidad de alimento en un periodo corto de tiempo (e.g., 2 horas), la que se acompaña de sensación de pérdida de control (APA, 2013).	Puntuación en el factor atracón del BULIT, que consta de 11 reactivos (Alvarez et al., 2000).
Conductas compensatorias	Se refiere al uso de métodos inapropiados encaminados a subsanar la ganancia de peso corporal después de un periodo de ingesta excesiva, en este estudio específicamente se consideran las de tipo purgativo: vómito autoinducido, consumo de laxantes y/o diuréticos (APA, 2013).	Puntuación en el factor conductas compensatorias del BULIT, constituido por cuatro reactivos (Alvarez et al., 2000).
Insatisfacción corporal pro-delgadez	Alteración psicológica que se refleja en extrema inconformidad por la forma y peso corporales, al juzgarlas más voluminosas de lo deseable (Garner, 1998).	Puntuación en el factor insatisfacción corporal pro-delgadez del BSQ-V, compuesto por ocho reactivos (Mendoza et al., 2010).
Síntomatología de dismorfia muscular		
Insatisfacción corporal pro-musculatura	Alteración psicológica que se refleja en extrema inconformidad por la forma y peso corporales, al juzgarla con menos tono o masa muscular de lo deseable (Cash & Szymanski, 1995).	Puntuación en el factor insatisfacción corporal pro-musculatura del BSQ-V conformado por nueve reactivos (Mendoza et al., 2010).
Motivación por incrementar la musculatura	Cogniciones y actitudes que reflejan el deseo de incrementar la masa muscular (Alvarez, Escoto, Vázquez et al., 2009).	Puntuación en el factor motivación para incrementar musculatura de la DMS, que contiene siete ítems (Alvarez, Escoto, Franco et al., 2009).
Adherencia al entrenamiento	Necesidad extrema de seguir un estricto régimen de actividad física, a costa de sacrificar otras áreas de desempeño de la persona (Escoto et al., 2013).	Puntuación en el factor adherencia al entrenamiento de la DMS, conformado por cuatro ítems (Alvarez, Escoto, Franco et al., 2009).
Consumo de sustancias	Uso de suplementos alimenticios o intención de consumir esteroides anabólicos con el propósito de potenciar el incremento de la masa muscular (Escoto et al., 2013).	Puntuación en el factor consumo de sustancias de la DMS, que consta de cuatro ítems (Alvarez, Escoto, Franco et al., 2009).

Anexo 2 Tabla 1

Definición conceptual y operacional de variables (Continuación)

Variable	Definición	
	Conceptual	Operacional
Componentes de Ajuste Psicológico		
Depresión	Conjunto de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, las que conllevan a distorsiones sistemáticas en el procesamiento de información, mismas que se reflejan en las emociones y las conductas del individuo (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).	Puntuación total en el BDI (Jurado et al., 1998).
Ansiedad	Estado emocional negativo, caracterizado por tensión o nerviosismo, así como síntomas fisiológicos, como palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo (Beck, Emery & Greenberg, 1985).	Puntuación total en el BAI (Robles et al., 2001).
Autoestima	Sentimientos hacia uno mismo que pueden ser positivos o negativos, resultantes de la autoevaluación (Rosenberg, 1965).	Puntuación total en la versión breve de la RSES, derivada del estudio preliminar de esta investigación.
Factores de Estereotipos de Género		
Feminidad	Conjunto de rasgos, emociones, características físicas, conductas, intereses y habilidades cognitivas que socioculturalmente se asocian a las mujeres, en tanto estereotipo de género (Barberá, 2004).	Puntuación total en la escala de feminidad (dimensión auto-descriptiva) de la versión breve del BSRI aquí derivada.
Masculinidad	Conjunto de rasgos, emociones, características físicas, conductas, intereses y habilidades cognitivas que socioculturalmente se asocian a los varones, en tanto estereotipo de género (Barberá, 2004).	Puntuación total en la escala de masculinidad (dimensión auto-descriptiva) de la versión breve del BSRI aquí derivada.
Discrepancia en feminidad	Es el grado de correspondencia entre qué tanto se describe una persona a partir de características inherentes al estereotipo de género de feminidad respecto a aquellas características que desearía tener (dimensión ideal).	Puntuación derivada de la resta simple entre la puntuación en la escala de feminidad autodescriptiva y la puntuación en feminidad ideal de la versión breve del BSRI aquí derivada.
Discrepancia en masculinidad	Es el grado de correspondencia entre qué tanto se describe una persona a partir de características inherentes al estereotipo de género de masculinidad respecto a aquellas características que desearía tener (dimensión ideal).	Puntuación derivada de la resta simple entre la puntuación en la escala de feminidad auto-descriptiva y la puntuación en feminidad ideal de la versión breve del BSRI aquí derivada.