



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LOS ROLES
DE GÉNERO Y LA SINTOMATOLOGÍA DE
TRASTORNO ALIMENTARIO**

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
BOSQUES BRUGADA LILIÁN ELIZABETH**

**DIRECTORA: MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN
ASESORES: DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
LIC. XOCHITL LÓPEZ AGUILAR**



OCTUBRE DEL 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES TEÓRICOS	4
1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS	4
1.1. Anorexia Nerviosa	7
1.1.1. Definición	7
1.1.2. Criterios de diagnóstico	9
1.2. Bulimia Nerviosa	12
1.2.1. Definición	12
1.2.2. Criterios de diagnóstico	13
2. ROLES SEXUALES	16
2.1. Sexualidad	16
2.1.1. Sexo	17
2.1.2. Género	17
2.2. Roles de género	19
2.3. Roles de género e imagen corporal femenina	22
3. ROLES DE GÉNERO Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS	27
3.1. Hipótesis de hiper-feminidad	27
3.2. Hipótesis de androgenidad	29
3.3. Hipótesis de ajuste (percibido/ideal)	31
OBJETIVOS	36
MÉTODO	37
MUESTRA	37
INSTRUMENTOS	38
PROCEDIMIENTO	41
Recolección de datos	41
Análisis de datos	41
RESULTADOS	44
DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	65
REFERENCIAS	68

RESUMEN

Una vez clara la predominancia de los trastornos alimentarios entre las mujeres, ha surgido entre los investigadores el interés por estudiar qué de la condición del ser mujer puede actuar como un factor predisponente a desarrollar estas psicopatologías. Por tanto, uno de los aspectos –que aunque se juzga de gran importancia, aún ha sido escasamente estudiado– es el de los roles de género. Al respecto, se han propuesto tres hipótesis generales: la primera ubica la problemática sobre la feminidad; la segunda sobre la androgenidad; y la última en el grado de ajuste entre los rasgos que se poseen y los que se considera debería tenerse. La presente investigación tuvo como objetivo explorar si existe asociación entre los roles de género (Feminidad, Masculinidad, Sumisión y Machismo), en autodescripción y percepción social, con la sintomatología de trastorno alimentario en mujeres mexicanas.

Participaron 158 mujeres de entre 12 y 30 años, a quienes se les aplicó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) y el Test de Bulimia (BULIT) para detectar la sintomatología de trastorno alimentario, y el Inventario de Masculinidad y Feminidad (IMAFE) para evaluar los roles de género. Los resultados obtenidos confirmaron parcialmente la hipótesis de hiper-feminidad (autodescripción), al encontrarse asociación entre el rol de sumisión (feminidad negativa) con la presencia de sintomatología del trastorno, aunque ésta no se relacionó con un bajo nivel de masculinidad. Por otra parte, se identifica que aunque el ideal social coincide con un mayor machismo (masculinidad negativa), no se manifestó un bajo grado de feminidad. Finalmente, con respecto al ajuste entre autodescripción y percepción social, las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario se caracterizaron por considerarse más sumisas pero menos machistas de lo socialmente deseable. A partir de lo anterior, se corrobora que los roles de género pueden participar como una variable importante en su relación con los trastornos alimentarios.

INTRODUCCIÓN

La presión por cumplir el requerimiento de esbeltez que impone la sociedad occidental contemporánea, particularmente dirigida a las mujeres, se considera un factor preponderante que contribuye al incremento en la prevalencia de los trastornos alimentarios (Ussher y Baker, 1993), hecho que incluso se ha venido extendiendo a países como México (Alvarez, 2000; Alvarez-Rayón, Mancilla-Díaz, Vázquez-Arévalo, Unikel, Caballero y Mercado, en prensa; Mateo, 2002).

Uno de los rubros implicados en el desarrollo de trastornos alimentarios es el concerniente a la personalidad, no obstante, existe una diversidad de aspectos involucrados en su conformación, y uno de ellos es el referido a la introyección e identificación con un determinado rol de género, con las correspondientes implicaciones psicológicas, sociales y culturales concernientes a lo que supone la construcción de la subjetividad (Bleichmar, 1991). Incluso, Mercado y Luna (2003) señalan que entre los factores socioculturales que se asocian con conductas relacionadas con la salud, el género es quizá el más importante.

El rol de género suele definirse como las prescripciones y expectativas sociales y culturales que intentan normar el comportamiento de hombres y mujeres (Lamas, 2002). Por tanto, el término rol genérico se remite a la conformación de la identidad, pero ésta no sólo con base a las características biológicas —que pueden suponerse determinantes de la pertenencia a uno u otro género—, sino también por aquella que viene dada a partir de la interacción social (Mercado y Luna, 2003); así, el desarrollo de la identidad inevitablemente está sujeta a los cambios en el contexto sociocultural, que sin duda modifican al respectivo conjunto de expectativas sociales.

Desafortunadamente, las repercusiones que conlleva la introyección de uno u otro rol sexual —comúnmente la masculinidad y feminidad se consideran excluyentes entre sí— implica diversas consecuencias, principalmente con

respecto a las exigencias que socialmente se adjudica a cada uno de ellos; y en este caso, es de particular interés la transformación que ha sufrido el rol tradicional femenino con respecto a los requerimientos demandados a la mujer para desempeñarse como un ser exitoso en una sociedad cada vez más industrializada. Al respecto, algunos autores han identificado que en la actualidad es cada vez más imperante el hecho de que las mujeres asuman la aspiración de combinar roles múltiples, pese a que los requerimientos de éstos puedan resultar contradictorios y, por tanto, representarles una situación inminentemente conflictiva y con efectos adversos sobre su salud mental (McBride, 1990; Hart y Kenny, 1997).

Estudios realizados en torno a los roles de género han sugerido que éste parece ser un factor relacionado al surgimiento de trastornos alimentarios, específicamente anorexia y bulimia nerviosa —reconocidas como enfermedades sociales—, en donde la motivación por la delgadez, repercute directamente en la salud física y psicológica de una persona (Klingenspor, 2002; Murnen y Smolak, 1997; Paxton y Sculthorpe, 1991). Incluso, Toro y Vilardell (1987) manifiestan que si ciertos patrones estéticos corporales leídos, observados, difundidos e interiorizados no fueran tan fuertemente promovidos como parte del rol genérico de la mujer, no tendrían porque existir los trastornos alimentarios.

Por tanto, el objetivo de la presente investigación fue explorar si existe asociación entre los roles de género, tanto en la dimensión autodescriptiva como de percepción social, con la presencia de sintomatología del trastorno alimentario en una muestra de mujeres estudiantes mexicanas.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El estudio de la alimentación no sólo cobra interés dentro del campo de la salud con respecto al bienestar orgánico del cuerpo, sino también en el de la salud mental. La alimentación ha sido objeto de diferentes conceptualizaciones socioculturales a través del tiempo, cobrando importancia ésta dentro de los patrones estéticos, como vía para la obtención de una “figura adecuada”, definida ésta según las normas culturales y los patrones sociales que se marcan en determinados países —principalmente en los occidentales— de modo, que en la actualidad el patrón estético ponderado es el que supone la esbeltez.

Como sabemos, la conducta alimentaria si bien tiene una base biológica, se le añaden condiciones de orden psicológico, social y cultural (Alvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998; Sánchez, 1985); de modo que aspectos de orden emocional o psicológico logran conformar un complejo conflictivo que puede generar como resultado un trastorno alimentario (Gómez-Peresmitré, 1993).

Dentro del campo de la psicopatología, los trastornos alimentarios han cobrado importancia en la investigación y en la clínica, en donde se ha visto que suelen asociárseles síntomas de depresión, ansiedad y autoimagen negativa, todos ellos de índole psicológica (Noles, Cash y Winstead, 1985). Asimismo, patrones conductuales como la restricción alimentaria o la sobreingestión son síntomas de trastorno alimentario que se pueden presentar tanto en hombres como en mujeres, así como en niños y adultos de cualquier clase social o estrato económico, los que pueden llegar a poner en riesgo la vida del paciente (Hartley, 1989; Stumphauzer, 1989).

Sin embargo, respecto a las patologías alimentarias, más que detectar una

línea causal como explicación, se pretende insistir en visualizar una dimensión multifactorial, de la que forman parte la psicopatología individual y los aspectos ligados a la dinámica familiar, inherentemente asociados a los aspectos socioculturales. Por ello, que sea indispensable para su abordaje, partir de una lógica multideterminal, que considere las influencias de tipo biológico, psicológico y sociocultural (Andersen, 1992; Crispo, Figueroa y Guelar, 1996; Guillemot y Laxenaire, 1994; Ludewig, 1991; Martínez-Fornés, 1994; Vázquez y Raich, 1998), todo esto para poder delimitar diferencialmente a los trastornos alimentarios.

Raich (1994) define a los trastornos alimentarios como “...trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingestión; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se halla en la alteración psicológica...” (p. 20); y entre ellos, los más conocidos son dos: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa. En los cuales, los tópicos concernientes al peso, la alimentación y la figura aparecen como factores etiológicos (Cooper, Taylor y Fairburn, 1992). Así, se observa que las cogniciones y valores sociales, tales como la sobrevaloración estética de la delgadez, son una constante en la mayor parte de la población en general. Ya que el medio ambiente —a través de los medios masivos de comunicación— está preñado de invitaciones masivas al adelgazamiento y a la adopción de estereotipos “crudos” de feminidad y masculinidad (Charles, 1991; Gómez, 1991; Toro y Vilardell, 1987).

Kaplan y Sadock (1994) reportan la presencia de trastornos alimentarios en el 4% de los estudiantes adolescentes y jóvenes adultos norteamericanos, lo que significa un aumento respecto a décadas pasadas; observándose particularmente este incremento entre niñas pre-puberales y hombres. Además, se ha reportado que el trastorno es más frecuente entre las clases altas, y sobre todo entre las mujeres jóvenes que se desempeñan en profesiones que requieren de la delgadez, como el modelaje y el ballet (Vázquez, López, Alvarez, Ocampo y Mancilla, 2000; Sánchez, 2001; Unikel y Gómez-Peresmitré, 1996).

Uno de los factores cruciales en la instauración de los trastornos alimentarios, y que ha sido ampliamente abordado en el campo de la investigación, es la insatisfacción con la imagen corporal (Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla, 1996; Gómez-Peresmitré, 1998; Gutiérrez, 2001; Hartley, 1989; León, Lucas, Colligan, Ferdinande y Kamp, 1985; Ocampo, López, Alvarez y Mancilla, 1999; Román, Mancilla, Alvarez y López, 1998; Zellner, Harner y Adler, 1989), en donde se establece una relación entre los pacientes con trastornos alimentarios o su sintomatología y la manera de percibirse corporalmente a sí mismos, por ser éste un factor importante, e incluso considerado como uno de los criterios de diagnóstico, especialmente en el caso de la anorexia nerviosa.

Otro de los factores que influye es el control de impulsos, de modo que se ha observado mayor dificultad para controlar el impulso de ingestión de alimentos en sujetos con trastorno alimentario, provocando esto anomalías que pueden ir desde la práctica recurrente de ayunos hasta la de episodios de sobreingestión, aunado a la presencia de insatisfacción y/o distorsión de la imagen corporal (López, Mancilla, Alvarez y Cobos, 1997; Mancilla, Román, Alvarez y López, 1998; Raich, 1998). Además, se presenta con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes que en ancianos, ya que en una persona mayor la disminución de ingestión de alimentos puede deberse más a trastornos digestivos o psicósomáticos (Dreyfus y Alla, 1989; Miller, Morley, Rubinstein y Pietruszka, 1991).

Andersen (1992) describe algunos factores considerados como los de mayor riesgo, dada su estrecha asociación con el desarrollo de un trastorno alimentario:

1. Vivir en una ciudad industrializada en la que lograr adelgazar y evitar engordar son normas socioculturales.
2. Creciente incidencia de trastornos afectivos dentro del núcleo familiar.
3. Personalidad vulnerable, cualquiera de los trastornos del grupo B (narcisista,

histriónico, antisocial o limítrofe) o del grupo C (evitación, dependencia, obsesivo-compulsivo o pasivo-agresivo).

4. Restricción alimentaria, especialmente durante la adolescencia y la adultez temprana.
5. Patrones familiares disfuncionales en los que los trastornos alimentarios pueden surtir un efecto estabilizador.
6. Pertenecer a un subgrupo vulnerable, el cual preescribe o exige la pérdida de peso.
7. Historia de abuso sexual, con el consecuente surgimiento de aversión sexual durante la adolescencia, u otros problemas de índole sexual, que pueden exacerbar la pérdida de peso.

Es cada vez más evidente la importancia de valorar y comprender desde su génesis los trastornos alimentarios, pues el grado de incidencia en las personas se ha ido incrementando en diferentes países y culturas (Pagsberg y Wang, 1994). Incluso, apareciendo en poblaciones en donde anteriormente no se identificaban, como lo son poblaciones latinoamericanas (Alvarez, Mancilla, López *et al.*, 1998; Mancilla, Alvarez *et al.*, 1998; Mancilla *et al.*, 1999).

Sin embargo, para acceder a una mejor comprensión acerca de los trastornos alimentarios es necesario partir de revisar las características diferenciales de cada uno de éstos, para poder así identificar sus rasgos particulares.

1.1. Anorexia Nerviosa

1.1.1. Definición

La anorexia se puede entender como "...la falta o grave carencia de pulsión alimentaria, sobre todo frecuente en la infancia. No se aplica a la pérdida accidental, más o menos grave, del apetito sino al rechazo persistente del

alimento...” (Merani, 1979, p. 12). Este trastorno consiste en el rechazo tajante al alimento, con la finalidad de mantener una figura delgada, ya que existe un auténtico miedo a engordar o a convertirse en una persona obesa (Martínez-Fornés, 1994).

Fue Gull quien por primera vez utilizó el concepto de anorexia nerviosa en Oxford en 1868 (cit. en Toro y Vilardell, 1987), considerando a ésta como un estado mental causado por trastornos del sistema nervioso central y de carácter hereditario. Sin embargo, más recientemente Russell (1979) definió a la anorexia nerviosa como un trastorno de mayor complejidad etiológica y patogénica, caracterizado por la negación de la paciente a mantener su peso dentro de los límites normales y con presencia de intenso miedo a engordar. Se denota que la anorexia nerviosa se caracteriza por un profundo trastorno de la imagen corporal y una inexorable búsqueda de la delgadez, hasta el punto de la inanición. Es más prevalente en mujeres que en hombres y usualmente inicia en la adolescencia (Kaplan y Sadock, 1994; Turón, Fernández y Vallejo, 1992).

La anorexia nerviosa principalmente se da en la adolescencia, ya que es la etapa en la que se presentan una serie de cambios fisiológicos (por ejemplo, cambios corporales y hormonales), *psicológicos* (caracterizados principalmente por un complejo proceso de reestructuración cognitiva) y *sociales* (cambios en sus actividades y roles familiares, escolares y sociales, así como una mayor susceptibilidad a la información proveniente del medio en el cual se desenvuelven). Tales cambios serán determinantes para el desarrollo de un individuo hacia la vida adulta. Sin embargo, se han detectado una serie de problemas dentro de dicho proceso de cambio, básicamente relacionados con la incapacidad para adaptarse a las nuevas demandas que supone la adultez. Y en el caso de jóvenes diagnosticadas con anorexia nerviosa, se ha observado que dichos cambios se denotan respecto a los mismos tres planos: aspecto *fisiológico* (por ejemplo, alteraciones metabólicas), *psicológico* (rasgos de personalidad), *social* (cultura de la “esbeltez”) y *familiar* (conductas de sobreprotección), además

de lo relativo a la orientación profesional u ocupacional de la persona afectada (Román *et al.*, 1998).

1.1.2. Criterios de diagnóstico

Partiendo de los esfuerzos por identificar e intervenir en este tipo de trastornos, se han propuesto los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa en el DSM-IV-TR de la American Psychiatric Association (APA, 2000), y que están descritos de la manera siguiente:

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso o silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Planteando dos tipos específicos de anorexia nerviosa:

- Tipo restrictivo: durante el período de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el

individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Como podemos notar, el profundo temor por parte del paciente a engordar, así como la drástica pérdida de peso (85% menos del peso esperado), son los criterios más sobresalientes para el diagnóstico de anorexia nerviosa.

Turón *et al.* (1992) realizaron un estudio con la finalidad de identificar las características demográficas y clínicas de 107 pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa, cuya edad fue de los 12 a los 33 años. Obtuvieron los siguientes resultados: la anorexia nerviosa resultó ser más frecuente en mujeres que en hombres (en una relación de 25/1, con una incidencia en los hombres de tan sólo 3.7%); mayor aparición del trastorno en edades tempranas (entre 12-15 años), situándose en este rango el 45.5% de los casos; además de que el trastorno afectó principalmente a la clase social media-baja y de zonas urbanas. Por otro lado, las pacientes presentaron alto rendimiento escolar y en muy bajo porcentaje la presencia de obesidad premórbida (7.5% de los casos). Sin embargo, estos autores indican la importancia de considerar que en el avance de los trabajos de investigación realizados, la influencia del factor obesidad premórbida no ha arrojado resultados consistentes, de ahí que en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) no se incluya como preponderante en lo que a anorexia nerviosa respecta. Además de que en los avances de investigación concernientes a la obesidad, se ha concluido que ésta no puede considerársele unívocamente como un trastorno alimentario, ya que en su etiología aún no está establecido con certeza su origen psicológico, sino que este estado corporal puede deberse a otras causas (por ejemplo, factores genéticos u hormonales).

De acuerdo a las investigaciones realizadas con adolescentes que presentan anorexia nerviosa, se han identificado algunos factores resultantes de ella, como la dificultad para establecer relaciones funcionales en la díada madre-hija, por lo que se establece que el paciente debe de ser tratado considerando su contexto

familiar, social y cultural, así como a partir de los patrones alimentarios ya establecidos en el individuo, ya que estos patrones anómalos suelen agravarse conforme avanza la edad (Levitt y Hart, 1991; Marchi y Cohen, 1990; Rost y Molinari, 1992; Steinhausen y Vollrath, 1993; Vázquez, 1996; Vázquez, 1997). Asimismo, los pacientes con anorexia nerviosa, según Kaplan y Sadock (1994), son más propensos a tener relaciones conflictivas con sus padres y a presentar historias familiares de depresión, dependencia al alcohol y de trastornos alimentarios.

Por otra parte, el trastorno alimentario puede relacionarse con el estrés, debido a la inadaptabilidad originada por la presión social y la restricción en la libertad de la persona por tener que adoptar una imagen corporal socioculturalmente predeterminada (esbeltez), involucrando principalmente cogniciones respecto al hambre y la saciedad; por ejemplo, se han observado en pacientes anoréxicos que presentan tasas excesivamente bajas de hambre y más altas de saciedad, observándose una influencia de esto sobre el tiempo empleado para ingerir los alimentos, ya que permanece latente la preocupación por ingerir menos alimentos (Enmett, 1989; Halmi y Sunday, 1991; Mizes, 1992), además de que de estas situaciones no se puede destacar la influencia de factores tales como problemas de los pacientes en su sexualidad o en su dinámica familiar (Dorantes, Alvarez, Ruelas y Mancilla, 2000; Fry y Crisp, 1989; Ryle y Evans, 1991; Vázquez y Raich, 1998; Vázquez, Raich, Viladrich, Alvarez y Mancilla, 2000).

La influencia de algunos de estos factores, como los trastornos afectivos, alcoholismo o el estrés, entre otros, se ha constatado también en investigaciones recientes realizadas en varones con anorexia nerviosa (De la Serna, 1996), lo que sin duda abre las posibilidades para el estudio sobre el origen y comprensión de este trastorno alimentario.

1.2. Bulimia Nerviosa

1.2.1. Definición

La Bulimia Nerviosa aparece como otro de los síndromes que en la actualidad se manifiesta cada vez más, principalmente en las culturas occidentales. En 1979, Russell inicialmente describió este trastorno como “un ominoso variante de la anorexia nerviosa”. El término “bulimia” procede del griego bous (buey) y limós (hambre), “hambre de buey” o “hambre canina”, aunque actualmente es mejor conocido como “atracción alimentario”, ya que ésta es la característica central del trastorno, aunada —paradójicamente— a la motivación por adelgazar. Se trata de un apetito voraz e insaciable, acompañado de malestar y angustia que conducen a la ingestión excesiva (Martínez-Fornés, 1994; Padmal de Silva, cit. en Ussher y Baker, 1993).

La bulimia nerviosa, según Kaplan y Sadock (1994), consiste en recurrentes episodios de ingestión de grandes cantidades de comida acompañada por la sensación de que la conducta alimentaria está fuera de control; y por lo general, sólo la interrupción social o la incomodidad física —caracterizada por dolor físico o náusea— marcan la finalización del episodio de sobreingestión o atracción, el cual habitualmente es seguido por sentimientos de culpa, tristeza o auto-disgusto, lo que conduce a las personas que padecen este tipo de trastorno se involucren en la práctica de conductas compensatorias, como son: provocación del vómito, dietas restrictivas o ayunos, ejercicio excesivo, consumo de laxantes o diuréticos, etcétera, que en general tienen la finalidad de prevenir el aumento de peso.

Russell (cit. en Guillemot y Laxenaire, 1994) en sus estudios describe que

las mujeres que padecen bulimia nerviosa presentan episodios de voracidad, vomitan habitualmente y toman laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso. El vómito se realiza de modo autoinducido, como resultado de un miedo enfermizo a engordar. Por ello, que pese a la sobreingestión, la mayoría de las mujeres que tienen bulimia nerviosa presentan un peso corporal “normal”; y cabe señalar que este padecimiento suele presentarse a mayor edad que la anorexia (Kaplan y Sadock, 1994; Uribe, 2000).

Por otro lado, en cuanto a la bulimia nerviosa —al igual que en el caso de la anorexia nerviosa— es más frecuente entre las mujeres; no obstante, existen estudios que confirman el desarrollo de ambos trastornos en hombres, lo que puede ser resultado de variaciones con respecto a factores biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales son determinantes para que se facilite el desarrollo de un trastorno alimentario (De la Serna, 1996; Mizes, 1992).

Uno de estos factores es la percepción de la imagen corporal; Leonhard y Barry (1998) realizaron un estudio con respecto a mediciones de masa e imagen corporal, en el cual encontraron discrepancias significativas entre hombres y mujeres. En dicho estudio, los sujetos concordaron en los criterios de una hipotética talla “normal” de figura femenina y masculina. Los grupos se conformaron con base al Índice de Masa Corporal (IMC), y a partir de éstos se detectó que los hombres concordaron en una figura representativa de sus tallas y percibieron que sus tallas deseables eran alcanzables; contrariamente, se observó que las mujeres de peso normal no podían estimar consistentemente sus tallas, en tanto que las mujeres obesas sobreestimaron sus tallas y consideraron sus tallas ideales como inalcanzables.

1.2.2. Criterios de diagnóstico

Con respecto a la clasificación de la bulimia nerviosa, los síntomas que conforman los criterios en la versión más reciente del DSM-IV-TR (APA, 2000)

son:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- (a) Ingestión de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - (b) sensación de pérdida de control sobre la ingestión del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Del que se derivan dos tipos:

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

Por otro lado, los factores que influyen en el origen de estos trastornos son

varios, entre los que se pueden mencionar: el contexto cultural, social y emocional (Jackson, Hodge y Ingram, 1994; Johnson, Connors y Tobin, 1987; Pike y Rodin, 1991; Steinhausen y Vollrath, 1993; Strober y Humphrey, 1987; Tannenhaus, 1995; Vitousek y Manke, 1994); y específicamente en éste la presión familiar cimentada en la relación madre-hija, la autoimagen, el autoconcepto, el autocontrol, la personalidad, la edad, el sexo, e incluso, la ocupación y/o actividad. Dentro de los factores sociales, las personas bulímicas tienden a tener altas metas y responden excesivamente a las presiones sociales de la delgadez (Mancilla, Alvarez *et al.*, 1998).

No obstante la revisión de los aspectos característicos tanto de la anorexia como la bulimia nerviosa, es relevante estudiar el por qué dichos trastornos tienen mayor incidencia en mujeres, si es que existen características propias de su rol genérico que favorecen o facilitan que se propicie su sintomatología, o si acaso las mujeres que se ven afectadas por alguno de estos padecimientos —cada día con mayor ocurrencia entre la población— desarrollan un perfil genérico específico.

2. ROLES SEXUALES

Hablar de trastornos alimentarios y del significado cultural que se ha formado en torno a éstos, remite al estudio de los diversos aspectos que determinan la personalidad y conducta de las personas que padecen alguno de estos trastornos, incluyendo el factor de la sexualidad. Dentro del factor sexual, se engloban dos dimensiones: sexo y género, conceptos que a continuación se delinearán.

2.1. Sexualidad

Al hacer referencia al término sexualidad, se contempla al ser humano integral, es decir, lo biológico, psicológico y social. Se hace referencia al ser humano sexual que es, que piensa, y que convive con otros seres humanos que también son, piensan y conviven (Alvarez y Mazin, 1983).

La palabra sexual contempla —en su sentido más amplio— diversas facetas del desarrollo humano: el *aspecto biológico*, que está constituido por el desarrollo genético que determinará el género y el curso de nuestro crecimiento, ya sea en hombres o mujeres; el *aspecto conductual* en el seguimiento de un continuo, desde el establecimiento de contacto visual con un objeto erótico hasta el orgasmo efectivo con el objeto de nuestro deseo; y en el *aspecto emocional*, la unión familiar con los padres, y posteriormente, con otro adulto (Gotwald y Golden, 1983).

Sin embargo, generalmente al hablar de sexualidad, es fácil confundir la conducta sexual reproductiva del ser humano con las características diferenciales de ser hombre o mujer. Es por eso que autores como Cardaci (1990) y Shibley (1987), han sugerido definiciones diferenciales para estos constructos.

2.1.1. Sexo

Al término sexo se le atribuyen diversos significados, entre ellos suele connotar: (a) la conformación morfo-fisiológica particular que distingue al hombre de la mujer, es decir su diferenciación biológica; (b) asignación de un rol social que se confiere a partir de dichas características distintivas, la cualidad de hombre y de mujer, el sexo "fuerte" y el sexo "débil", entre otros. Sin embargo, se puede observar una falta de precisión en cuanto a la delimitación entre lo que supone un hecho psicológico y uno social, ya que no basta con remitirlo a las características anatómicas (Bleichmar, 1991; Lawrance, Taylor y Byers, 1996).

Además, generalmente al hablar del sexo, se hace referencia unívoca a la anatomía y a la conducta sexual (Shibley, 1987). Ante esto, Cardaci (1990) aclara que sexo es un término biológico que se remite al orden de lo genital; por lo que a este término se le reservan los componentes biológicos o anatómicos, y se emplea habitualmente para designar al intercambio sexual en sí mismo. Pero esto es biología, y la biología no es más que uno de los ingredientes de la vida humana, en tanto que la cultura es el otro. Así mientras que la biología ordena que persistamos y nos reproduzcamos, la cultura formaliza las relaciones humanas y crea ideales a los que se aspira (Charles, 1991; Gotwald y Golden, 1983). Sin embargo, el contraste entre la «varonidad» y «hembridad» (sexo biológico), la «masculinidad» y «feminidad» (género), ha permitido profundizar y refinar la discusión sobre el tema de la sexualidad (Bleichmar, 1991).

2.1.2. Género

El término género conlleva una base psicológica, social y cultural con respecto a la feminidad/masculinidad (Bleichmar, 1991; Shibley, 1987), es decir las variaciones entre lo considerado femenino y masculino. Consideración hecha con base en los modelos de comportamiento y en el conjunto de la normativa que se establece en un determinado contexto situacional, relacionado con el hecho de

ser hombre o mujer; es decir, las diferencias entre sexos: los papeles, los estereotipos, las actitudes, las funciones cognoscitivas, el temperamento, el comportamiento social, la ocupación, los gestos, los hábitos, la personalidad, y todo aquello que marque diferencias entre ellos a partir del ser distinguido por tener un cierto tipo de genitales (Cardaci, 1990; Jackson *et al.*, 1994; Lamas, 2002).

A su vez, en 1981 Sandra Bem define el concepto de género como "un esquema cognoscitivo", en donde la diferencia se sitúa en la estructura cognoscitiva empleada para procesar información de las personas con distintos roles sexuales (cit. en Lara, 1993). Así, una vez que el individuo delinea y asume la creencia de qué tanto los dos sexos son parecidos o diferentes, entonces tratará de sostener una congruencia entre su comportamiento y dicho esquema; por lo tanto, toda la información relacionada con el género y sus diferencias, las percibirá y procesará con base en dicha estructura cognoscitiva. Al respecto, Bem (cit. en Gómez, 1991) identifica cuáles son los atributos psicológicos a partir de los cuales se diferencian ambos sexos:

RASGOS "MASCULINOS"

- ′ Asertividad.
- ′ Habilidad analítica.
- ′ Independencia.
- ′ Atletismo.
- ′ Autoconfianza.
- ′ Combatividad.
- ′ Tenacidad.
- ′ Liderazgo.
- ′ Firmeza física.
- ′ Firmeza moral.
- ′ Habilidad para resolver problemas.
- ′ Reticiencia emocional.

RASGOS "FEMENINOS"

- ′ Expresividad emocional.
- ′ Intuición.
- ′ Adaptabilidad.
- ′ Crianza.
- ′ Paciencia.
- ′ Confiabilidad.
- ′ Tacto.
- ′ Servicial.
- ′ Simpatía.
- ′ Razonabilidad.

Sin embargo, una vez realizada la diferenciación práctica entre factores de género y sexuales, tampoco es posible establecer una división excluyente entre ellos, pues ambos están íntimamente relacionados. Por tanto, dicho lo anterior, el presente estudio se focalizará principalmente en los aspectos psicosociales en los que se fijan las expectativas femeninas y masculinas dentro de la sociedad, entendiendo entonces que la sexualidad es un factor importante en el ser humano, no sólo como característica a nivel genital sino también de género, partiendo del hecho de que el género va estar influenciado por la personalidad y entidad psicosociocultural de cada individuo.

2.2. Roles de género

El desarrollo de un individuo se estructura fundamentalmente a partir de la conciencia de pertenencia a una determinada categoría sexual, teniendo primero que identificarse, y posteriormente, aprender funciones o papeles propios de dicha categoría. El papel o rol de género se puede definir entonces como las prescripciones, normas y expectativas establecidas social y culturalmente, para intentar normar el comportamiento de hombres y mujeres (Cardaci, 1990; Giraldo, 1981; Lara, 1993; Lamas, 2002). Por tanto, el término rol genérico se remite a la conformación de la identidad sexual, con respecto a características biológicas y de relaciones humanas, las cuales están sujetas a cambios estereotipados de acuerdo con un determinado contexto social y conforme al respectivo conjunto de expectativas sociales.

Bleichmar (1991) refiere que el género es una categoría articulada de manera compleja y múltiple, que comprende:

1. La atribución, asignación o rotulación del género, de modo que la rotulación que médicos y familiares realizan del recién nacido se convierte en el primer criterio

de identificación de un sujeto, la que puede determinar el núcleo de su identidad de género.

2. El núcleo de la identidad del género es el esquema ideoaectivo de pertenencia a un sexo y no al otro; éste a partir de la percepción sensorial de los órganos genitales, fuente biológica de la futura identidad de género, así como de la consecuente actitud de los padres y hermanos en relación al género del niño. Pero antes de desarrollar la identidad de género para cada sexo, un niño debe formar su identidad esencial básica, a la que Winnicott (cit. en Ashurst y Hall, 1989) llamó "*el yo verdadero*", el cual define como la habilidad para experimentarse uno mismo como agente afectivo, emocional e interpersonal.
3. El rol de género es el discurso cultural que refleja los estereotipos de la masculinidad /feminidad, el que se sustenta en la crianza adecuada de ese cuerpo identificado. Es el conjunto de prescripciones y proscipciones para una conducta dada, las expectativas acerca de cuáles son los comportamientos apropiados para una persona que sostiene una posición particular dentro de un contexto dado; y específicamente, es el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado. Recordemos que es la estructura social la que prescribe una serie de funciones para el hombre y para la mujer como propias o «naturales» de sus respectivos géneros.

De esta forma, y en términos generales, suele considerarse que lo propio al rol de género femenino son actitudes y comportamientos enfocados a la interacción social, la expresión y la protección, a partir de características como: abnegación, consideración hacia los demás, pasividad, docilidad, etc. Contrariamente, las actitudes y comportamientos identificados como masculinos parecen más conducentes a desplegar un rol predominantemente instrumental, autoafirmativo, dominante, de autoprotección, etc. (Lara, 1993).

Como se puede notar, se consideraba que tanto el hombre como la mujer presentan aspectos diferenciales que no sólo están supuestos por los factores fisiológicos, sino también por los socioculturales, los que determinan el curso del estilo de vida de un individuo, y específicamente en la mujer juegan un rol importante sobre la configuración de su feminidad. Debido a esto, es importante hacer una revisión de los aspectos sociales y culturales que se han concentrado últimamente, por los cuales el rol que la mujer emprende en la actualidad revela marcadas diferencias con respecto a los estereotipos de décadas anteriores. De acuerdo con Lara (1993), uno de los factores íntimamente involucrados con la mujer y que se han cuestionado ampliamente a partir del movimiento de liberación femenina, son los referidos a la conceptualización tradicional del papel o rol que ella juega, y sobre todo en la distinción sobre los papeles de género, ya que los procesos de modernización e industrialización de la sociedad no sólo han originado cambios a nivel económico, social y familiar, sino también a nivel individual, como por ejemplo, la mayor proyección social de la mujer en los campos laboral y educativo.

Al respecto, Charles (1991) menciona que el discurso femenino que circula en los medios de comunicación abarca, por lo menos, los siguientes aspectos:

- a) Los espacios sociales más diversos en los que se mueve la mujer: la familia, el trabajo, la iglesia, la escuela, los espacios recreativos, etc.
- b) Los diferentes roles sociales femeninos: ama de casa, madre, esposa, amiga, amante, trabajadora, etc.
- c) Las diversas edades y etapas de la vida de la mujer: niña, adolescente, mujer joven, madura, anciana.
- d) Los modelos ideales: físicos, sociales, económicos, culturales, políticos, etc.

Es a través de todas estas construcciones que los medios de comunicación crean formas de interpelación específicas que establecen el “ser” y el “deber ser” femenino, así como el “camino necesario” para alcanzarlo.

Sin embargo, como vemos, dicha transformación no ha supuesto dejar de lado los roles de madre y esposa, sino que —conjuntamente— su realización individual también comprende el cumplimiento de sus metas profesionales. Algunos autores advierten que esto puede ubicar a la mujer ante un complejo conflicto, ya que si bien están en juego su autonomía y autoestima, también lo están los sentimientos de culpabilidad y frustración en los que se puede ver envuelta (Behar, 1992; Daskal, cit. en Ludewig, 1991). Por tanto, los cambios sociales que llevan al replanteamiento de las características o funciones que en la actualidad la mujer debe proyectar, también suponen cambios en su estructura cognitiva, de los cuales dependerá la adaptación o no de una mujer a las nuevas demandas, lo cual sin duda se verá reflejado en su salud mental.

2.3. Roles de género e imagen corporal femenina

Cardaci (1990) habla de ciertos hábitos inculcados en las mujeres que propician que se mantengan en un estado de creciente exceso de preocupación sobre cómo se ven, siendo ésta una manera de expresión de la desigualdad con respecto a las exigencias sociales establecidas para cada sexo. La apariencia, el juego de miradas aprobatorias, reprobatorias e indiferentes de los demás, y el de la propia sensación interna de estar mostrándose adecuada o inadecuadamente permanece siempre latente, las que frecuentemente pueden provocar un auténtico y persistente conflicto en la mujer. Al respecto, Martínez-Fornés (1994) indica que la educación que se da desde la infancia a las niñas es muy diferente a la de los varones, pues a ellas se les inculca experimentar una mayor preocupación por su cuerpo y por la imagen corporal, peinados para su cabellera más larga, vestidos más comentados y escogidos, cremas y maquillaje, etc.

Por su parte, Seid (1994) analizó el contexto histórico respecto a la obsesión de las mujeres por la esbeltez —ponderante en las últimas cuatro décadas—, ello le supuso realizar un recorrido a través de las creencias que sobre belleza, salud,

virtud, alimentación y apetito se han gestado hasta nuestro días. Como resultado de ello, Seid identificó ciertas diferencias respecto a generaciones anteriores, particularmente con los siglos que van del XII al XVI, ya que en dicho período observó que si bien se buscaba tener un talle diminuto, era con hombros, brazos, caderas y senos amplios, inclusive la “carne con hoyuelos” —que ahora es denominada como celulitis— era considerada deseable, ya que la gordura era vista como reflejo de abundancia, energía, vigor y, en general, un signo de bienestar. Además de que en dichas épocas no se buscaba un equilibrio entre la delgadez con la salud y la energía como se pretende hoy en día, por el contrario, en los siglos anteriores la delgadez era considerada como una terrible desgracia, ya que significaba delicadeza y fragilidad, conceptos que iban en contra de su ideal: “la virtud de la abundancia”.

A partir de lo anterior, es posible derivar que las facetas características de la sociedad (económica, social, etc.), incluyen cierta valoración del ser humano y de sus cuerpos con respecto a sus elevados ideales estéticos y espirituales; y al instituirse en una cultura sus reglas, la gente acata y perpetúa dichas normas, a partir de las cuales se ven modificadas las actitudes, conducta e identidad personal. Bourges (cit. en Sánchez, 1985) comenta que todos estos factores conforman una problemática en los individuos para poseer o adquirir hábitos alimentarios adecuados.

Por su parte, Crispo *et al.* (1996), con base a la revisión de revistas publicadas en la década de los años 30, mencionan que a principios del siglo XX la delgadez aún no era considerada atractiva. No obstante, durante el período de la Post-segunda Guerra Mundial, junto con cambios impresionantes en los roles sexuales tradicionales, la delgadez empezó a verse como una moda basada en los estetas modernos, que tendieron a idealizar la desnudez delgada, a partir de conceptos como movimiento y agilidad (Ashurst y Hall, 1989; García, cit. en Charles, 1990; Gotwald y Golden, 1983; Sied, 1994). Aunadamente, durante la segunda mitad del siglo pasado, la creencia de que la gordura era un indicador de

salud restó fuerza, por lo que empezaron a articularse campañas masivas cuyo objetivo era persuadir a las personas respecto a las bondades del bajo peso. El ideal consistió en mantener un cuerpo libre de gordura, una enajenación por la “comida saludable” y la dignificación de la obsesión por las dietas. Los estándares por la delgadez se tornaron más extremos tanto en el plano del peso ideal como en la moda, y es durante este período que se empieza a delimitar el concepto de “peso ideal”, asociándosele con virtudes como la salud y longevidad (Crispo *et al.*, 1996). La idea que se empezó a propagar fue la de que todos podrían reducir al “peso ideal” de manera fácil con “fuerza de voluntad”, otorgándole a la persona la total responsabilidad para ejercer control sobre su peso corporal y con un sentido de culpabilización: “si tu estás gordo, es tu culpa”. Sin duda, este precepto parece ser el más poderoso y pernicioso de la fobia a la gordura (Rothblum, 1994).

A partir de lo anterior, se gesta el hecho de que en las actuales sociedades occidentales se considere al binomio belleza/delgadez como atributo primordial de la mujer y, particularmente, de la mujer “femenina” (Gutiérrez, 2002), sin embargo, el ideal estético de delgadez —que parece adjuntarse a la representación social de la “mujer moderna”— no parece coincidir con el rol mujer/madre, de modo que la constitución corporal acumulativa de “carnes” a favor del nutricio maternaje ahora parece fuera de lugar (Alvarez y Mancilla, 1996; Ashurst y Hall, 1989; Guillemot y Laxenaire, 1994). Perlick y Silvernstein (1994) hacen referencia a dos aspectos que pudieran explicar dicho fenómeno:

a) En primer lugar se menciona el aspecto biológico, ya que los estándares que los hombres tienen para edificar su cuerpo no son tan extremos como los estándares de las mujeres. Actualmente el peso ideal femenino representado en las actrices, modelos y participantes en concursos de belleza ha evolucionado también a través de un decremento progresivo, y cada vez más mujeres (entre un 90-95%) se creen portadoras de una anomalía por no alcanzar ese peso ideal (Guillemot y Laxenaire, 1994).

b) En segundo lugar, se menciona la confusión en la que las mujeres se ven envueltas, gracias a que el estándar de delgadez se ha convertido en un imperativo moral en nuestra sociedad. La búsqueda de una belleza física femenina con excesiva fuerza de voluntad, la autoimagen de la mujer con éxito social y económico e incluso su supervivencia pueden estar determinadas, al menos en gran parte, por su belleza y por lo que los hombres aprueban de su atractivo (Crispo *et al.*, 1996); a diferencia del hombre, en donde su éxito se basa más en cómo actúa y lo que realiza, pasando a segundo término su apariencia.

Además, las evaluaciones y emociones respecto a la imagen corporal derivan en gran parte de las discrepancias autopercebidas en cuanto a los ideales físicos internalizados (Cash, Ancis y Strachan, 1997). De lo anterior se desprende el hecho de que particularmente a las mujeres se les induce a introyectar la pertinencia de adoptar aquellas características que puedan satisfacer al otro. De esta manera, se desprende imaginariamente algo de sí mismo que resulta intolerable (por ejemplo, la gordura), configurándolo como un enemigo que se hace vincular con otros personajes existentes en la realidad social con los que encaja aceptablemente. Todo esto provoca que las mujeres adolescentes puedan experimentar una marcada confusión a la hora de percibir su silueta como normal, ya que el crecimiento de los senos, caderas y muslos (como expresión normal de la fisiología femenina) suelen percibirlo como un riesgo de obesidad, lo que sin duda las desmerece ante sus ojos y los de los demás (Bers y Quinian, 1992; Pastor y Martínez-Benlloch, 1991; Seid, 1994; Martínez-Fornés, 1994).

En este sentido, Wooley (1994) señala que la actual obstinación en ser delgada es considerada como una enfermedad social y apuntan específicamente a la influencia de los medios de comunicación. Ahora se adopta otra inclinación estética: el cuerpo libre de gordura como una religión, en la que el fracaso en el seguimiento de estos dogmas llevan a una condenación: la gordura y la flacidez, las cuales producen un castigo en la tierra; y por el contrario, la gratificación como salvación por el seguimiento de esta creencia, al poder ser considerada como una

persona bella, energética, saludable y con una próspera larga vida. La meta a perseguir es la de irrumpir a la gordura, como vía para lograr ser más excitante, sexy, competente y feliz. Y la virtud se cuantifica en una escala de proporción de flaco a gordo, talla de ropa y medidas corporales; una curiosa inversión en un contexto capitalista: “menos es siempre mejor”. Por tanto, Toro y Vilardell (1987) manifiestan que si ciertos patrones estéticos corporales leídos, observados, difundidos, provocados e interiorizados no fueran tan fuertemente promovidos como parte del rol genérico de la mujer, no tendrían porque existir los trastornos alimentarios.

3. ROLES DE GÉNERO Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Como vemos, en torno a la relación de los factores genéricos y los trastornos alimentarios, se destaca que el ideal cultural del cuerpo femenino —vigente durante las últimas cuatro décadas— si bien ha sufrido ciertas variaciones a lo largo del tiempo, la delgadez —como estructura básica de éste— ha perdurado hasta la actualidad, lo que generalmente ha supuesto una lucha constante por parte de la mujer contra la naturaleza, para intentar aproximarse a dicho ideal estético. Desafortunadamente, como advierten Perlick y Silvernstein (1994), los esfuerzos por lograr la delgadez son frecuentemente inútiles y destructivos, considerando sus repercusiones fisiológicas y psicológicas. Es por eso que se podría suponer que los individuos que se ven afectados por un trastorno alimentario disponen de una serie de características que están relacionadas —en función de atributos formados por los estereotipos y las diferenciaciones de género que prevalecen— a los trastornos alimentarios.

En la literatura que se ha abocado al estudio de la relación entre los trastornos alimentarios y los roles de género se identifican tres hipótesis generales: la primera ubica la problemática sobre la feminidad; la segunda lo hace sobre la androgenidad; y la última en el grado de correspondencia o ajuste entre los rasgos que se poseen y los que se considera que debería tenerse.

3.1. Hipótesis de “hiper-feminidad”

Inicialmente, autores como Bruch (1973) y Boskind-Lodahl (1976) señalaron que, en general, las mujeres con trastorno alimentario se caracterizaban por poseer más rasgos y actitudes femeninas estereotipados que las mujeres con otros trastornos psiquiátricos. Si bien estos autores advertían que esto no significaba que todas las mujeres con fuertes rasgos estereotipados femeninos tuviesen trastornos alimentarios, y a su vez, que no todas las mujeres con trastornos alimentarios tuviesen fuertes rasgos femeninos, sus observaciones

alertaron respecto a la posibilidad de que ciertas características del rol de género femenino propiciaran que las mujeres sean más vulnerables a la presión cultural respecto a la deseabilidad de la delgadez, particularmente insatisfechas con sus cuerpos y, por tanto, con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Al respecto, diversos estudios han fundamentado que una alta identificación con rasgos femeninos está relacionada con mayor internalización del estándar social que prescribe la delgadez (Cash *et al.*, 1997) y, por tanto, al trastorno alimentario, esto para el caso de mujeres y varones (Hawkins, Turell y Jackson, 1983; van Strien y Bergers, 1988; Wichstrom, 1995; Lancelot y Kaslow, 1994).

Por su parte, otros autores han tratado de explicar el mecanismo por el que las mujeres tipificadas como femeninas puedan presentar un mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario (Forbes, Adam-Curtis, Rade y Jaberg, 2001), y para ello se han basado en la Teoría de Esquemas de Género de Bem, quien postula que los individuos con un género tipificado (clasificadas como masculinas o femeninas) tienden a usar el género como una dimensión para la codificación y organización de información que los no tipificados (andróginos e indiferenciados). Por ejemplo, se han observado que los ideales corporales respecto a la esbeltez son más introyectados por aquellas mujeres tipificadas como femeninas (Jackson, Sullivan y Hymes, 1987), quienes además presentan mayor insatisfacción con su imagen corporal (Jackson, Sullivan y Rostker, 1988; Van Strien, 1989) que las mujeres andróginas¹, indiferenciadas o tipificadas como masculinas.

Sin embargo, el modelo sociocultural de las alteraciones alimentarias de Boskind-White (Boskind-White y White, 1986) si bien sigue ubicando el foco del origen de los trastornos alimentarios sobre el rol sexual de feminidad, lo ubica específicamente sobre sus características de tipo negativo; por lo que este modelo

¹ Este concepto —usado inicialmente por Jung— tiene como finalidad descubrir un aspecto de la integración de la personalidad que está asociado a que la mujer dé cuenta de sus aspectos masculinos, y viceversa. En tanto que Bem menciona que el rol andrógino se refiere al comportamiento humano con características tanto masculinas como femeninas, es decir, afirmativa pero flexible, práctica pero expresiva; todo en función de que este rol sea apropiado al contexto situacional (cits. en Lara, 1993).

predice que la mujer con trastorno alimentario tendrá más altas características de feminidad “negativa” que positivas, particularmente, se consideran cruciales características como la pasividad, la dependencia, inasertividad y baja autoestima (Lakkis, Ricciardelli y Williams, 1999).

3.2. Hipótesis de androgenidad

Como contraparte, el segundo modelo plantea que como resultado del cambio en cuanto a las expectativas sociales respecto a la mujeres —las que parecen incompatibles con el rol femenino tradicional—, éstas han debido tratar de encontrar un balance entre las expectativas tradicionales del rol femenino y los nuevos ideales de realización, lo que —en términos generales— ha significado para las mujeres un forcejeo con ellas mismas.

Por tanto, y a partir de la diversidad de ambientes y situaciones en las que actualmente la mujer se hace partícipe, que ciertos autores plantean que el rol sexual andrógino parece ser el característico de las jóvenes con trastorno alimentario (Vidal, cit. en Turón, 1997). Específicamente en el caso de la paciente anoréxica, Behar (1992) identifica la existencia de un patrón que se caracteriza por su tendencia a conjuntar ciertos rasgos del rol genérico femenino y otros del masculino, así como rechazar algunas facetas de ambos perfiles, completándolos en la adición que supone la neutralidad andrógina.

Sin embargo, otros autores disienten respecto a que el rol sexual de las pacientes con trastorno alimentario se caracterice por la androgenia, ya que si ello fuese real, entonces el conflicto supuesto a la conciliación entre las expectativas sociales que ponderan la deseabilidad de que la mujer encarne tanto características del rol femenino como del masculino estaría resuelto. Así, algunos autores han encontrado que precisamente las mujeres con bajos niveles de características de rol de género masculino, ya sean con tipificación femenina o indiferenciada, presentan mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario que

las mujeres andróginas o con tipificación masculina (Forbes *et al.*, 2001; Jonson, Brems y Fischer, 1996), por lo cual concluyen que cuando una mujer posee en un alto grado características del rol sexual masculino, éstas pueden ejercer como un factor protector frente a la introyección del modelo estético corporal de esbeltez, la insatisfacción corporal y la baja autoestima.

Dichos resultados son concordantes con los de dos estudios que han evaluado en personas con distinta orientación sexual la asociación de los roles de género con la insatisfacción corporal o la psicopatología alimentaria. Así, Ludwig y Brownell (1999) evaluó la influencia de los roles sexuales sobre la insatisfacción con la imagen corporal en mujeres homosexuales y bisexuales. Participaron 188 mujeres de entre 18 y 55 años de edad, quienes contestaron un cuestionario que contenía una sección destinada a valorar la tipificación de rol de género y otra que incluyó los reactivos del Cuestionario de imagen corporal (BSQ). Las autores encontraron que las mujeres tipificadas como andróginas o masculinas no difirieron en cuanto a su imagen corporal, sin embargo, las mujeres tipificadas como femeninas experimentaron significativamente mayor insatisfacción con su imagen corporal. Por lo tanto, las autoras señalan que dentro de la cultura homosexual, aquellas mujeres tipificadas con un rol de género femenino parecen ser más sensitivas a la presión social respecto a la apariencia física que las tipificadas como masculinas o andróginas, esto independientemente de su orientación homosexual o bisexual.

Por otra parte, Meyer, Blissett y Oldfield (2001), quienes al haber comparado los patrones de asociación entre roles sexuales (Inventario de roles sexuales de Bem) y la psicopatología alimentaria (Test de actitudes alimentarias, EAT-26) observados entre dos grupos de homosexuales (hombres y mujeres) y dos de heterosexuales (hombres y mujeres), encontraron que a mayor feminidad fueron también mayores la puntuación total en el EAT y en la escala de restricción alimentaria y, contrariamente, una mayor masculinidad se asoció a menores niveles de dieta y conductas bulímicas. Por tanto, concluyen que en el caso de la

psicopatología alimentaria, los roles sexuales parecen ejercer un papel más importante que la orientación sexual; de modo tal que mientras la feminidad parece ser un posible factor de riesgo de trastorno alimentario, la masculinidad puede funcionar como factor protector.

3.3 Hipótesis de ajuste (percibido/ideal)

El modelo de Steiner-Adair (1986) va más allá de los rasgos de rol sexual presentes, sino que además retoma lo que refiere al grado de ajuste o correspondencia entre aquellos que se poseen y los que —de acuerdo a los ideales sociales— se debería tener. Particularmente, de acuerdo con Grimmell y Stern (1992), la mayor auto-discrepancia masculina (actual-ideal) está asociada a una menor salud mental. Por tanto, el modelo de Steiner-Adair predice que las mujeres con trastorno alimentario atribuyen altos niveles de rasgos masculinos a su ideal femenino, evidenciando esto una acentuada discrepancia con respecto a su autodescripción (ponderablemente femenina).

Como vemos, Steiner-Adair (1986) retoma a la androgeneidad, pero la reubica en el centro del conflicto que experimentan las mujeres con trastorno alimentario, precisamente en términos de un requerimiento que exige la posibilidad de cumplir las expectativas sociales que el estereotipo actual de “mujer ideal” plantea y, específicamente, con el ideal de “Supermujer”, el cual se ha definido como aquél que supone el excelente desempeño a partir de características tanto de los roles masculino como del femenino, lo cual supone el desempeño de roles múltiples (Crago, Yates, Fleischer, Segerstrom y Gray, 1996); sin embargo, se ha hipotetizado que el estrés asociado a ello puede incrementar la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno alimentario (Smolak y Levine, 1996; Thornton, Leo y Alberg, 1991).

Así, varios autores han sugerido que en el desarrollo de un trastorno alimentario, la aspiración femenina de poseer características del rol sexual

masculino parece ser un factor importante (Steiner-Adair, 1986; Timko, Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1987), y particularmente la discrepancia entre las características masculinas ideales y las autodescritas. Al respecto, diversos autores han señalado que las alteraciones alimentarias en las mujeres no sólo se relacionan con los estándares corporales que idealizan un cuerpo delgado, sino particularmente con su aspiración de desarrollar un rol sexual no tradicional (Cantrell y Ellis, 1991; Silverstein y Perdue, 1988; Silverstein, Carpman, Perlick y Perdue, 1990), el cual —sin embargo— radica en la aspiración de combinar roles múltiples, pese a que los requerimientos de éstos puedan resultar contradictorios, y por tanto, representarles una situación inminentemente conflictiva (Timko *et al.*, 1987; Hart y Kenny, 1997) y con efectos adversos sobre su salud mental (McBride, 1990).

A continuación se abordan algunas de las investigaciones que han incorporado dos de los planteamientos básicos antes señalados. Por un lado, lo que se refiere a evaluar los rasgos del rol sexual masculino y femenino, pero distinguiendo a lo interno de ellos lo que son las características “positivas” así como “negativas”; y por el otro, evaluar no solamente los rasgos de rol sexual presentes en las jóvenes con trastorno alimentario (autodescripción), sino también el grado de relación o correspondencia de éste con el rol sexual considerado como ideal.

A partir de lo anterior, Paxton y Sculthorpe (1991) realizaron un estudio con la finalidad de comprobar la veracidad de las predicciones que suponen los modelos de Boskind-White y de Steiner-Adair, antes señalados. Para ello, trabajaron con 149 mujeres estudiantes universitarias australianas de entre 17 y 26 años de edad (\bar{x} = 19.2 años, DE= 2.0). Para evaluar roles sexuales aplicaron dos instrumentos de autoreporte: 1) Cuestionario de Descripción Personal (PDQ), para evaluar características de su rol sexual (tanto autodescripción como las que consideraban el ideal) con base a las seis escalas del PDQ (Feminidad positiva, Feminidad negativa, Masculinidad positiva, Masculinidad negativa, Socialmente

deseable y Socialmente indeseable); y 2) El Cuestionario de la Mujer (WSQ), usado para evaluar su percepción respecto a las actitudes que la sociedad prescribe en cuanto al rol sexual de la mujer. Mientras que para evaluar las actitudes y conductas alimentarias emplearon el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) y el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), del cual retomaron tres de sus escalas: Motivación para adelgazar, Insatisfacción Corporal y Bulimia.

Los datos obtenidos por Paxton y Sculthorpe (1991) fueron consistentes con ambos modelos, ya que encontraron que a mayores características femeninas negativas —autodescripción— también fueron mayores la motivación para adelgazar, la bulimia y la puntuación total en el EAT. Y paralelamente, a mayor discrepancia entre las características masculinas positivas de la autodescripción (que fueron significativamente menores) con respecto a las que ellas perciben como ideales, fueron también mayores la bulimia y la motivación para adelgazar. Y por el otro lado, a mayor discrepancia entre las características femeninas negativas de la autodescripción (que fueron significativamente mayores) con respecto a las que ellas perciben como ideales, fueron mayores la puntuación total en el EAT, la bulimia y la motivación para adelgazar. Por último, cabe destacar que estos autores no encontraron ninguna asociación significativa entre los rasgos femeninos positivos (autodescripción o ideal percibido) con las medidas de trastorno alimentario. De acuerdo a lo anterior, las mujeres con trastorno alimentario se describen como portadoras de altos niveles de características estereotípicas femeninas, aunque especialmente de rasgos femeninos negativos que de positivos. Sin embargo, los autores señalan que esto puede representar un conflicto para la mujer, quienes entonces parecen procurar resolver la necesidad de aceptación social por medio del cumplimiento del ideal estético femenino: la esbeltez. Alternativamente, la mujer que se percibió con escasas características masculinas positivas y altas femeninas negativas, puede ser ambivalente con respecto a su feminidad, por lo que su esfuerzo por alcanzar la delgadez es realmente el resultado de su búsqueda de un cuerpo menos estereotípicamente femenino y más andrógino.

Al respecto, Murnen y Smolak (1997) llevaron a cabo un estudio meta-analítico con la finalidad de examinar la relación entre la adherencia al rol de género y el trastorno alimentario, a partir de lo cual derivaron las siguientes conclusiones: a) las mujeres con trastorno alimentario se caracterizaron por un mayor grado de características del rol de feminidad, siendo particularmente mayor en el caso de las mujeres con anorexia nerviosa; b) contrariamente, las mujeres con trastorno alimentario se caracterizaron por un menor grado de características del rol de masculinidad; y c) al evaluar el rol sexual en su dimensión ideal, se encontró que en las mujeres con trastorno alimentario éste se encaminó a la descripción de una “supermujer”, portadora de un alto grado de características tanto del rol femenino como del masculino, es decir, dicho patrón era característicamente andrógino. Cabe mencionar, que de acuerdo a la revisión que estos autores hicieron de diversas investigaciones, estas tres conclusiones son aplicables tanto para el caso de los estudios que trabajaron exclusivamente con muestras clínicas, como de aquéllos que trabajaron con muestras comunitarias, sólo que en el caso de estas últimas dichas tendencias fueron más atenuadas.

Finalmente, Klingenspor (2002) exploró el vínculo entre el desarrollo de conductas alimentarias bulímicas y los rasgos del rol de género masculino, particularmente partió de la hipótesis de que la discrepancia entre la auto-descripción y el ideal sería precursor de una auto-evaluación negativa de las conductas bulímicas. Participaron estudiantes de secundaria y preparatoria (461 mujeres y 360 varones) de entre 13 y 20 años de edad, a quienes se les aplicó el Inventario de roles sexuales de Bem y las escalas de bulimia del Inventario de anorexia nerviosa (ANIS) y del Inventario de trastornos alimentarios (EDI). La autora encontró una relación positiva —relativamente fuerte— entre la discrepancia del rol masculino y las conductas alimentarias bulímicas en ambos sexos; contrariamente, la discrepancia respecto al rol de género femenino se asoció significativamente más —de forma negativa— con la edad. Por lo tanto, Klingenspor sugiere que en las mujeres la transición de la adolescencia a la

adulthood puede estar asociada con el desarrollo de mayores discrepancias entre el rol de género masculino actual y el ideal; sin embargo, contrariamente a lo esperado, las discrepancias respecto al rol femenino disminuyeron con la edad y esto no predijo la conducta bulímica.

Como vemos, diversos rasgos que describen a las jóvenes con trastorno alimentario se conforman también con base a los modelos genéricos que la sociedad promueve, y a la concepción de la propia persona a través de su historia, de cómo la sociedad le demanda ser y de cómo es que la persona quiere actuar ante su entorno. Sin embargo, es importante además estudiar en torno a la descripción de rol genérico en personas que presentan sintomatología anoréxica y/o bulímica y del grado de distorsión de ésta con respecto al que consideran como ideal social. Y puede ser importante en cuanto a descubrir por qué es factible que esta influencia haga efecto en ciertas personas de tal manera que las condiciones sean dadas para poder desarrollar un trastorno de este tipo.

Indagar respecto al rol de género en anorexia y bulimia nerviosa, puede ser útil para colaborar en el establecimiento de indicadores que permitan una aproximación más clara en torno a los trastornos alimentarios, sus causas, desarrollo y consecuencias, para así poder aportar soluciones tanto preventivas como de intervención.

Por lo tanto, se esperaría encontrar asociación entre los roles de género con los componentes de trastorno alimentario y que las jóvenes identificadas con sintomatología de trastorno alimentario se diferenciarán respecto al grupo control en cuanto a los roles sexuales.

OBJETIVOS

GENERAL

Explorar si existe asociación entre los roles de género (Masculinidad, Femenidad, Machismo y Sumisión) tanto en la dimensión autodescriptiva como de percepción social en relación con la presencia de sintomatología del trastorno alimentario.

PARTICULARES

1. Determinar si existe asociación entre los roles de género, tanto en la dimensión autodescriptiva como de percepción social, con los síntomas específicos de sintomatología de trastorno alimentario.
2. Determinar si existen diferencias tanto en autodescripción como en percepción social del rol genérico entre mujeres con sintomatología de trastorno alimentario y un grupo control.
3. Evaluar si existen diferencias en el grado de ajuste entre la autodescripción y percepción social del rol de género entre el grupo con sintomatología y el grupo control.
4. Determinar si existen diferencias tanto en autodescripción como en percepción social del rol genérico entre mujeres con sintomatología anoréxica, bulímica, mixta y un grupo control.
5. Evaluar si existen diferencias en el grado de ajuste entre la autodescripción y percepción social del rol de género entre los grupos con diferente tipo de sintomatología de trastorno alimentario (anoréxica, bulímica y mixta) y un grupo control.

MÉTODO

TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DE DISEÑO

El tipo de investigación fue no experimental, es decir que se trató de observar el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo. El tipo de diseño que se utilizó fue el transeccional-correlacional, ya que en este tipo de investigación se establecen relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Se trata también de descripciones, pero no de variables individuales sino de sus relaciones.

MUESTRA

Fase 1

Fue no probabilística de tipo intencional, por no utilizarse presupuestos acerca de la forma de la distribución poblacional. Constó de 158 adolescentes y jóvenes del sexo femenino, con un rango de edad de entre 12 y 30 años. De acuerdo con los puntos de corte del EAT y/o del BULIT se les dividió en dos grupos. El grupo con sintomatología (GS) lo conformaron 78 jóvenes con un rango de edad de entre 12 y 29 años, con una edad promedio de 18.0 años (DE= 3.5). El grupo control (GC) se conformó por 80 jóvenes, con un rango de edad de 12 a 30 años y una edad promedio de 18.1 años (DE= 3.2).

Fase 2

Posteriormente, se procedió a distribuir a las jóvenes del grupo con sintomatología, de acuerdo a si rebasaron el punto de corte del EAT (sintomatología de anorexia) y/o del BULIT (sintomatología de bulimia):

- El grupo con sintomatología anoréxica (SA) estuvo conformado por 34 jóvenes con una edad promedio de 16.7 años (DE= 3.5).
- El grupo con sintomatología bulímica (SB) lo constituyeron 24 jóvenes con una edad promedio de 18.7 (DE= 3.3).
- El grupo con sintomatología mixta (SM), comprendió a 20 jóvenes con edad promedio de 19.1 años (DE= 3.2).
- El grupo control (GC), que se conformó por 35 jóvenes con una edad promedio de 19.0 años (DE= 4.0), elegidas aleatoriamente de entre las 80 jóvenes del grupo control de la primera fase.

INSTRUMENTOS

μ Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), desarrollado por Garner y Garfinkel (1979) y validado en población mexicana por Alvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez (2002). Es un cuestionario de 40 preguntas con seis opciones de respuesta; su punto de corte internacional es de ≥ 30 y de ≥ 28 para México (este último fue el usado para el presente estudio). El EAT-40 tiene como finalidad identificar la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de los trastornos alimentarios, y específicamente de la anorexia nerviosa. Para el presente estudio se consideraron los siete factores sugeridos para población mexicana no clínica (Alvarez, 2000):

1. *Motivación para adelgazar (MA)*. Incluye las preguntas que reflejan la preocupación respecto a la obesidad o sobrepeso, el deseo de adelgazar y la práctica de algunos patrones o conductas para lograrlo.
2. *Evitación de alimentos engordantes (EAE)*. Conformado por preguntas que reflejan específicamente la evitación de alimentos hipercalóricos.
3. *Preocupación por la comida (PC)*. Identifica pensamientos obsesivos

respecto a la alimentación, la presencia de sobreingestión y culpabilidad posterior a la ingestión.

4. *Presión social percibida (PSP)*. Incluye preguntas que miden el grado de presión social para que el sujeto aumente su ingestión o su peso.
5. *Obsesiones y compulsiones (OC)*. Conformado por preguntas que reflejan patrones estereotipados respecto a la alimentación y al pesarse continuamente.
6. *Patrones y estilos alimentarios (PEA)*. Incluye preguntas que hacen referencia a la evitación de alimentos diferentes a los habituales, de comer acompañado o en lugares fuera de casa.
7. *Conductas compensatorias (CCE)*. Identifica el deseo o la práctica de conductas compensatorias, específicamente el vómito, laxantes y/o diuréticos.

μ Test de Bulimia (BULIT), fue diseñado por Smith y Thelen (1984) y validado en población mexicana por Alvarez, Mancilla y Vázquez (2000). El cuestionario consta de 36 preguntas con cinco opciones de respuesta cada una. Su objetivo es identificar la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de la bulimia nerviosa. El punto de corte internacional es • 102 y para México es • 85 (este último fue el utilizado para el presente estudio). Para el análisis de los datos, se consideraron los 3 factores sugeridos para México:

1. *Sobreingestión (SOB)*. Incluye preguntas que evalúan la presencia de atracones (indicador de frecuencia), así como la sensación de pérdida del control sobre el impulso alimentario.

2. *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingestión (SNS)*. Refiere a los sentimientos negativos, de malestar, ansiedad o culpa posteriores a que se sucedió el atracón.
3. *Conductas Compensatorias (CC)*. Identifica el deseo o la práctica de conductas compensatorias, específicamente el vómito, laxantes y/o diuréticos.

μ Inventario de Feminidad y Masculinidad (IMAFE), diseñado y validado por Lara (1993). Su objetivo es evaluar los papeles o roles de género. Este instrumento consta de 60 reactivos, 15 para cada una de sus cuatro escalas:

- a) *Masculinidad (Masc)*. Contempla rasgos relacionados con los aspectos prácticos de seguridad en uno mismo y también con las conductas destinadas a la ejecución y logro de metas.
- b) *Feminidad (Fem)*. Considera rasgos en relación al ámbito afectivo, expresivo, a las relaciones interpersonales y a la preocupación por el bienestar de otros.
- c) *Machismo (Mach)*. Considerado como el aspecto negativo o no deseable de la masculinidad ante lo asumido como normas de comportamiento que la sociedad dictamina como deseable para un ajuste personal adecuado.
- d) *Sumisión (Sum)*. Definida como el aspecto negativo o no deseable de la feminidad ante lo asumido como normas de comportamiento que la sociedad dictamina como deseable para un ajuste personal adecuado. Y se hace presente en la persona como resultado de no integrar su poder de decisión, independencia y autosuficiencia con el papel femenino.

PROCEDIMIENTO

Recolección de Datos

La aplicación del Test de Actitudes Alimentarias (EAT), el Test de Bulimia (BULIT) y el Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE) se realizó de forma grupal, de entre 10 y 15 participantes. Cabe señalar que en el caso del IMAFE se llevó a cabo una doble aplicación del inventario, con base a dos instrucciones diferentes:

- a) Autodescripción: “A continuación encontrará una lista de palabras que describen formas de ser de las personas, por ejemplo: racional, cariñoso, flojo. Le voy a pedir que utilice esas palabras para describirse. Esto es, a cada palabra le pondrá un número entre uno y siete, según qué tan bien crea que describe su manera de ser”.

- b) Expectativas sociales: “A continuación le voy a pedir que utilice esas palabras para describir qué características cree usted que se espera de la mujer en nuestra sociedad”.

Posteriormente, se realizó la calificación de los cuestionarios para proceder a conformar los grupos con sintomatología y el control, esto de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el EAT y el BULIT.

Análisis de Datos

FASE 1

En un inicio, para detectar la existencia de correlación entre las cuatro escalas o roles de género que evalúa el IMAFE con las puntuaciones totales y de

los factores que evalúan el EAT y el BULIT, se aplicó la prueba r de Pearson, tanto para el caso de la dimensión de Autodescripción como para la de Percepción Social. Cabe señalar que este procedimiento se realizó para el caso de la muestra total y posteriormente para cada uno de los dos grupos: con sintomatología de trastorno alimentario (GS) y control (GC).

Posteriormente se procedió a realizar una comparación entre dichos grupos con respecto a cada una de las escalas del IMAFE (Feminidad, Masculinidad, Machismo y Sumisión), tanto en la dimensión de Autodescripción como en la de Percepción Social. Finalmente se evaluaron las posibles diferencias entre los grupos con sintomatología (GS) y el grupo control (GC) en cuanto a cada uno de los reactivos que conforman las cuatro escalas del IMAFE. En ambos casos se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes, la que nos permite detectar si existen diferencias entre las puntuaciones promedio de los dos grupos.

Por otro lado, para evaluar la existencia de diferencias entre cómo se describen los sujetos y su percepción del rol genérico de la mujer en la sociedad, se derivó un índice del ajuste entre ambas, restando a la puntuación obtenida en la dimensión de Autodescripción, la observada en la dimensión de Percepción Social del rol de género de la mujer; esto respecto a cada una de las cuatro escalas del IMAFE. Lo anterior nos sirvió para detectar el grado de ajuste o desajuste de los sujetos en cuanto a su autodescripción con respecto al rol que perciben que la mujer juega en la sociedad. Y de igual forma, se aplicó a los datos la t de Student para grupos independientes.

FASE 2

En esta fase se procedió a comparar entre los tres grupos con sintomatología: anoréxica (SA), bulímica (SB), mixta (SM) y el grupo control (GC), esto con la finalidad de determinar la existencia de diferencias entre las puntuaciones promedio de los grupos —clasificados de acuerdo al tipo de

sintomatología— respecto a cada una de las escalas del IMAFE (Feminidad, Masculinidad, Machismo y Sumisión) tanto en Autodescripción como en Percepción Social, así como respecto al índice de ajuste o desajuste entre las dos dimensiones del IMAFE. Para tal fin, se aplicaron las pruebas de Kruskal-Wallis y de la Mediana.

RESULTADOS

FASE 1

En la tabla 1 se muestran los resultados del análisis de correlación (r de Pearson) entre la puntuación total en el EAT y sus factores con las puntuaciones en las cuatro escalas del IMAFE respecto a las dos dimensiones evaluadas (Autodescripción y Percepción social) para el caso de la muestra total. El factor *Motivación para adelgazar* (MA) del EAT correlacionó significativamente con la escala Sumisión (Autodescripción) y Machismo (Percepción Social) del IMAFE; en tanto que el factor *Patrones y estilos alimentarios* (PEA) sólo correlacionó significativamente con la escala de Machismo (Percepción Social); y finalmente, el total del EAT correlacionó significativamente con las escalas Feminidad (Autodescripción) y Machismo (Percepción Social) del IMAFE. Cabe señalar que todas las correlaciones referidas fueron positivas y —aunque significativas— fueron débiles en cuanto a su magnitud.

TABLA 1

Factores	AUTODESCRIPCIÓN				PERCEPCIÓN SOCIAL			
	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.
MA	- 0.09	0.13	- 0.07	0.30 **	0.10	0.06	0.16 *	- 0.01
EAE	0.11	0.14	- 0.04	- 0.05	0.09	0.07	0.06	- 0.13
PC	- 0.06	0.14	0.04	0.11	- 0.09	0.05	- 0.01	0.06
PSP	- 0.11	0.01	- 0.07	0.05	- 0.04	- 0.06	0.10	- 0.07
OC	0.12	0.15	- 0.03	0.07	0.11	0.06	0.10	- 0.05
PEA	- 0.10	- 0.11	0.02	0.04	0.04	- 0.09	0.17 *	- 0.05
CCE	- 0.06	0.09	- 0.01	0.06	- 0.01	- 0.01	0.12	- 0.04
Total	0.01	0.19 *	- 0.03	0.13	0.07	0.09	0.16 *	- 0.05

Tabla 1. Coeficientes de correlación (r de Pearson) obtenidos entre los factores del IMAFE (Autodescripción y Percepción Social) con el total del EAT y sus factores en el caso de la muestra total. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.001$.

Por tanto, se observó que a una mayor sintomatología anoréxica las jóvenes se describieron significativamente más femeninas; pero, particularmente a mayor motivación para adelgazar se consideraron más sumisas. Contrariamente, a mayor sintomatología anoréxica, motivación para adelgazar y patrones alimentarios estereotipados, las jóvenes evaluadas reportaron percibir que socialmente se les requería que asumieran un rol más machista.

Posteriormente se replicó el análisis anterior, pero de forma independiente para el grupo con sintomatología y el control. Respecto al primero (tabla 2), la puntuación total en el EAT correlacionó significativamente —y de forma positiva— con la escala Feminidad (Autodescripción y Percepción social) del IMAFE, en tanto que el factor *Motivación para adelgazar* (MA) del EAT también lo estuvo —de igual forma— con dicha escala del IMAFE, pero sólo en cuanto a la dimensión de percepción social; contrariamente, y únicamente en dicha dimensión, la *Evitación de alimentos engordantes* (EAE) se correlacionó con las escalas Masculinidad y Sumisión, sólo que en el caso de la primera fue de forma positiva y en el segundo negativa; finalmente, la Presión social percibida (PSP) se asoció negativamente con la escala Sumisión (Percepción social) del IMAFE.

TABLA 2

Factores	AUTODESCRIPCIÓN				PERCEPCIÓN SOCIAL			
	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.
MA	0.01	0.18	- 0.14	0.17	0.15	0.25*	0.07	0.03
EAE	0.18	0.14	- 0.04	- 0.15	0.25*	0.15	0.13	-0.30**
PC	- 0.02	0.11	0.06	0.03	- 0.15	0.08	- 0.13	0.11
PSP	0.08	0.06	- 0.09	- 0.14	0.11	0.04	0.10	- 0.25*
OC	0.14	0.16	- 0.02	0.04	0.13	0.12	0.01	- 0.06
PEA	- 0.11	- 0.12	0.07	-0.09	0.06	- 0.06	0.17	- 0.07
CCE	- 0.08	0.12	- 0.01	0.01	- 0.03	- 0.01	0.11	- 0.04
Total	0.17	0.30*	- 0.07	- 0.09	- 0.20	0.31**	0.10	- 0.15

Tabla 2. Coeficientes de correlación (r de Pearson) obtenidos entre los factores del IMAFE (Autodescripción y Percepción Social) con el total del EAT y sus factores en el caso del grupo con sintomatología. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$.

Como se puede observar, en las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario, a un mayor grado de sintomatología anoréxica tendieron a describirse como más femeninas, lo que correspondió con que también percibieron que socialmente se les requería serlo. Mientras que en el caso de los síntomas específicos, se detectó que a mayor motivación para adelgazar también percibieron que socialmente se les requería una mayor feminidad; mientras que a mayor presencia de patrones de restricción alimentaria, las jóvenes percibieron la demanda social de desplegar mayores rasgos de masculinidad y menos de sumisión. Finalmente, a un mayor señalamiento social respecto a la pertinencia de que incrementen la cantidad de alimento ingerido y su peso corporal, fue mayor la percepción de estas jóvenes en cuanto a que socialmente se les requiere ser menos sumisas.

Por otro lado, en el caso del grupo control (tabla 3), sólo los factores *Evitación de alimentos engordantes* (EAE) y *Presión social percibida* (PSP) del EAT correlacionaron significativamente con algunas de las escalas del IMAFE. En el caso del factor EAE, observamos que lo hizo negativamente con las escalas Masculinidad y Machismo (Percepción social); mientras que PSP se asoció positivamente con la escala Sumisión (Autodescripción) y negativamente con la de Masculinidad (en ambas dimensiones evaluadas).

Así, en las jóvenes control notamos que a mayor señalamiento social de la pertinencia de que incrementen su ingestión de alimentos y su peso corporal, se describieron como más sumisas y con menos rasgos de masculinidad, aunque también percibieron que estos últimos socialmente les son menos preescritos; finalmente, a mayor restricción alimentaria percibieron una demanda social de poseer menos características de masculinidad y machismo.

TABLA 3

Factores	AUTODESCRIPCIÓN				PERCEPCIÓN SOCIAL			
	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.
MA	- 0.12	0.00	- 0.08	0.13	0.02	- 0.04	-0.06	- 0.04
EAE	0.08	0.10	- 0.06	- 0.17	- 0.26*	- 0.02	-0.30**	0.13
PC	- 0.07	0.20	0.02	0.03	- 0.05	0.05	- 0.04	- 0.03
PSP	-0.33**	- 0.09	- 0.04	0.22*	- 0.24*	- 0.18	0.04	0.13
OC	0.16	0.11	- 0.07	- 0.07	0.07	0.01	0.11	- 0.05
PEA	- 0.03	- 0.17	- 0.05	0.02	- 0.02	- 0.11	0.02	- 0.04
CCE	0.11	- 0.10	- 0.02	- 0.11	0.03	0.01	-0.09	- 0.11
Total	- 0.04	0.07	- 0.04	- 0.02	- 0.20	- 0.07	- 0.15	0.05

Tabla 3. Coeficientes de correlación (r de Pearson) obtenidos entre los factores del IMAFE (Autodescripción y Percepción Social) con el total del EAT y sus factores en el caso del grupo control. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$.

Por otra parte, en la tabla 4 se muestran los resultados del análisis de correlación (r de Pearson) entre el total del BULIT y sus factores con las escalas del IMAFE (Autodescripción y Percepción Social) en el caso de la muestra total de jóvenes evaluadas. El factor *Sobreingestión* (SOB) correlacionó significativamente con las escalas Masculinidad (de forma negativa) y Sumisión (en forma positiva), ambas de la dimensión Autodescripción; así como —también positivamente— con la escala Machismo de la dimensión Percepción Social. En cuanto al factor *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingestión* (SNS), éste correlacionó positivamente con la escala Sumisión (Autodescripción). Finalmente, el total del BULIT mostró una correlación significativa con las escalas Masculinidad y Sumisión (Autodescripción), aunque también con la escala Machismo de la dimensión Percepción Social. Nuevamente es importante notar que todas estas correlaciones, aunque fueron significativas, también fueron débiles en cuanto a su magnitud.

TABLA 4

Factores	AUTODESCRIPCIÓN				PERCEPCIÓN SOCIAL			
	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.
SOB	- 0.18 *	- 0.04	0.09	0.24 **	- 0.02	- 0.07	0.16 *	0.01
SNS	- 0.14	- 0.04	0.10	0.23 **	- 0.02	- 0.03	0.14	0.07
CC	- 0.15	0.11	- 0.02	0.05	0.04	0.05	0.08	- 0.07
Total	- 0.20 *	- 0.03	0.12	0.30 ***	- 0.03	- 0.06	0.17 *	0.05

Tabla 4. Coeficientes de correlación (r de Pearson) obtenidos entre las escalas del IMAFE (Autodescripción y Percepción Social) con el total del BULIT y sus factores para la muestra total.* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$.

Con base a lo anterior, se puede derivar que en las jóvenes evaluadas a mayor sintomatología bulímica, y particularmente sobreingestión, tendieron a describirse con base a más características de sumisión, pero menos de masculinidad; aunque en ambos casos perciben que socialmente se les solicita que desplieguen más características del machismo. Asimismo, los datos anteriores arrojan que a mayores sentimientos negativos posteriores a la sobreingestión tienden a describirse como más sumisas.

Sin embargo, al replicar el análisis anterior pero para cada uno de los grupos por separado, se observa que en el caso del grupo con sintomatología únicamente se derivó una asociación significativa negativa entre la puntuación total del BULIT con la escala Masculinidad del IMAFE (tabla 5); mientras que en el grupo control fue el factor *Sobreingestión* del BULIT el que se asoció positivamente con la escala Sumisión (Tabla 6). Cabe señalar que ambas escalas del IMAFE correspondieron a la dimensión de autodescripción y que dichos coeficientes denotan correlaciones —que aunque significativas— son débiles. No obstante, se puede notar que en las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario, específicamente a mayor sintomatología bulímica se describieron con menos rasgos de masculinidad; aunque en el grupo control a mayor sobreingestión tendieron a describirse como más sumisas.

TABLA 5

Factores	AUTODESCRIPCIÓN				PERCEPCIÓN SOCIAL			
	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.
SOB	- 0.21	- 0.15	0.05	0.12	- 0.10	- 0.10	0.01	0.11
SNS	- 0.14	- 0.13	0.18	0.17	- 0.09	- 0.03	0.06	0.17
CC	- 0.15	0.11	- 0.01	- 0.04	-0.09	0.03	0.08	- 0.11
Total	- 0.23*	- 0.15	0.15	0.16	- 0.12	- 0.11	0.05	0.15

Tabla 5. Coeficientes de correlación (r de Pearson) obtenidos entre las escalas del IMAFE (Autodescripción y Percepción Social) con el total del BULIT y sus factores en el caso del grupo con sintomatología. * $p \leq 0.05$

TABLA 6

Factores	AUTODESCRIPCIÓN				PERCEPCIÓN SOCIAL			
	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.
SOB	- 0.09	0.01	0.20	0.23 *	0.06	0.02	0.20	- 0.17
SNS	- 0.11	- 0.07	0.01	0.07	0.00	0.04	- 0.03	- 0.08
CC	- 0.14	0.08	- 0.06	0.04	- 0.10	0.14	- 0.11	- 0.03
Total	- 0.13	0.01	0.17	0.18	0.01	0.08	0.10	- 0.09

Tabla 6. Coeficientes de correlación (r de Pearson) obtenidos entre las escalas del IMAFE (Autodescripción y Percepción Social) con el total del BULIT y sus factores en el caso del grupo control. * $p \leq 0.05$

Posteriormente, al realizar una comparación —por medio de la prueba t de Student para muestras independientes— entre el grupo con sintomatología (GS) y el grupo control (GC) respecto a las cuatro escalas que evalúa el IMAFE, tanto en la dimensión de Autodescripción como en la de Percepción Social (Tabla 7), sólo se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a los factores Sumisión (Autodescripción) y Machismo (Percepción Social). Estos resultados indican que las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario se describieron como significativamente más sumisas que las del grupo control; y paralelamente, percibieron menor deseabilidad social del rol de género machista.

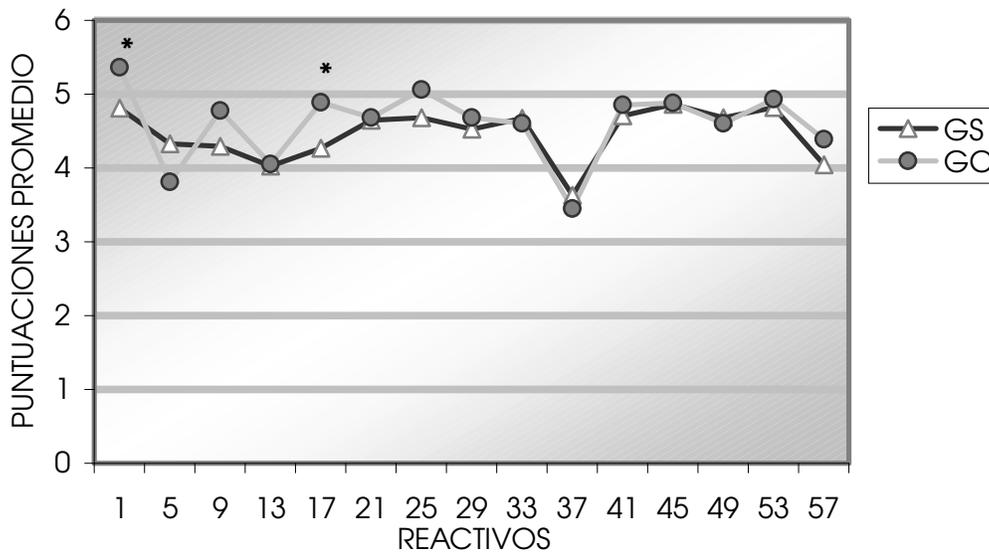
TABLA 7

Grupos	AUTODESCRIPCIÓN				PERCEPCIÓN SOCIAL			
	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.
GS	4.47 ± 0.11	5.06 ± 0.12	3.26 ± 0.10	2.97 ± 0.10	5.14 ± 0.14	5.60 ± 0.11	3.10 ± 0.09	2.60 ± 0.12
GC	4.60 ± 0.10	4.90 ± 0.12	3.25 ± 0.10	2.56 ± 0.09	5.04 ± 0.13	5.68 ± 0.11	2.74 ± 0.09	2.59 ± 0.13
Valor de t	0.91	1.02	0.09	3.04 *	0.54	0.51	2.73 *	0.02

Tabla 7. Comparación entre el grupo con sintomatología (GS) y control (GC), con respecto a su puntuación promedio y error estándar (E.E.) en las cuatro escalas del IMAFE y sus dos dimensiones: Autodescripción y Percepción Social, por medio de la prueba t de Student. * $p \leq 0.01$

Posteriormente, se compararon los grupos con sintomatología (GS) y control (GC) con respecto a cada uno de los reactivos que componen cada una de las cuatro escalas del IMAFE, tanto en la dimensión Autodescripción como en la de Percepción Social. Con respecto a los resultados obtenidos en esta fase del presente estudio, conforme a los reactivos de la escala Masculinidad en la dimensión Autodescripción (Gráfica 1), sólo se encontraron diferencias significativas en el reactivo 1 “Segura de sí misma” ($t = 2.01$, $p = 0.05$) y en el 17 “Tomo decisiones con facilidad” ($t = 2.33$, $p = 0.02$), en ambos casos GS obtuvo una puntuación significativamente menor que GC.

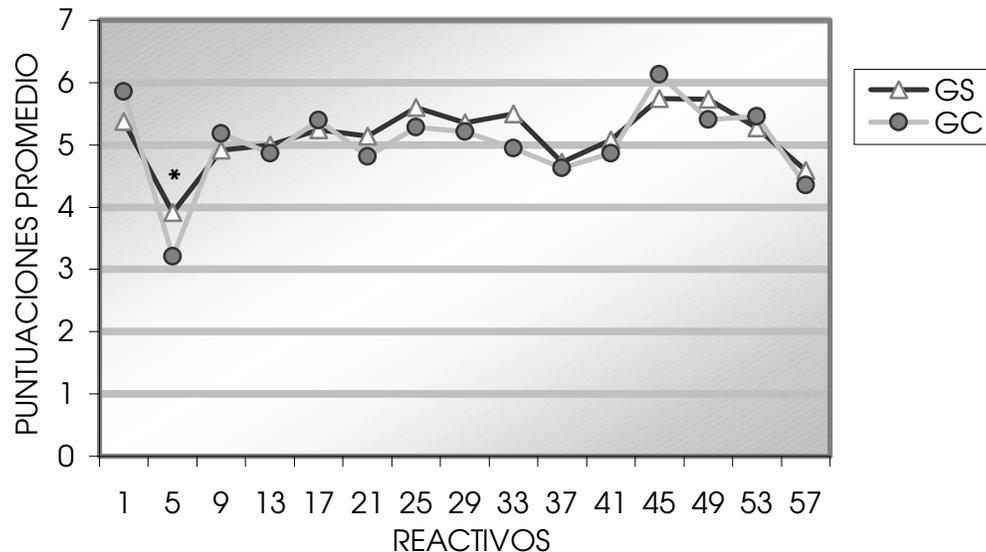
GRÁFICA 1. MASCULINIDAD/AUTODESCRIPCIÓN



Gráfica 1. Comparación entre el grupo con sintomatología (GS) y control (GC), con respecto a su puntuación promedio en los reactivos de la escala Masculinidad del IMAFE en la dimensión Autodescripción, por medio de la prueba t de Student. * $p \leq 0.05$

Asimismo, en la Gráfica 2 se muestran las puntuaciones promedio obtenidos por el grupo con sintomatología (GS) y el grupo control (GC) con respecto a los reactivos de la escala Masculinidad en la dimensión Percepción Social, en la cual sólo se observan diferencias significativas en el reactivo 5 “Me comporto confiada de los demás” ($t= 2.24$, $p= 0.03$), en donde GS obtuvo un valor promedio significativamente mayor. Mientras que para el caso de la escala Femenidad en las dimensiones de Autodescripción y Percepción Social, no se encontraron diferencias significativas al comparar las puntuaciones promedio por reactivo entre el grupo con sintomatología (GS) y el grupo control (GC), por lo se omiten las correspondientes gráficas.

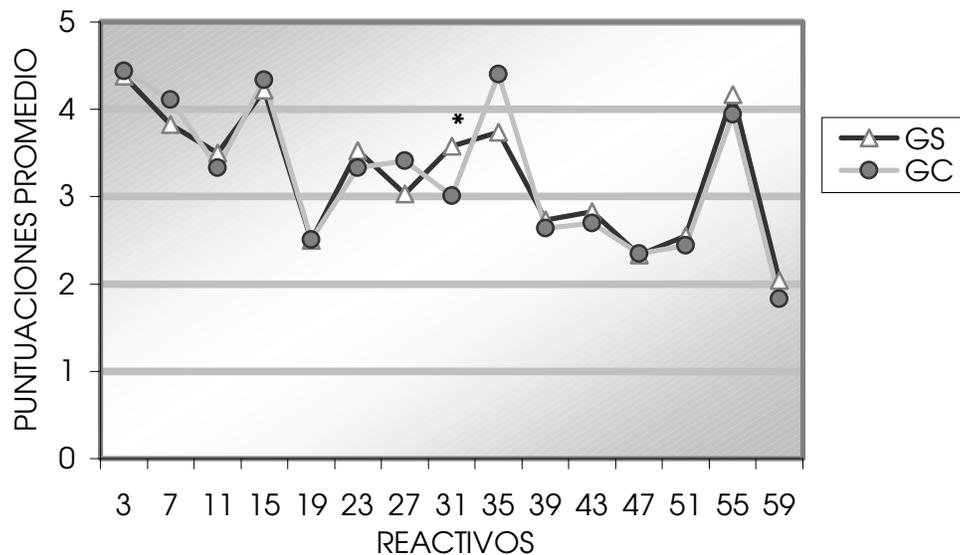
GRÁFICA 2. MASCULINIDAD/PERCEPCIÓN SOCIAL



Gráfica 2. Comparación entre el grupo con sintomatología (GS) y control (GC), con respecto a su puntuación promedio en los reactivos de la escala Masculinidad del IMAFE en la dimensión Percepción Social, por medio de la prueba t de Student. * $p \leq 0.05$

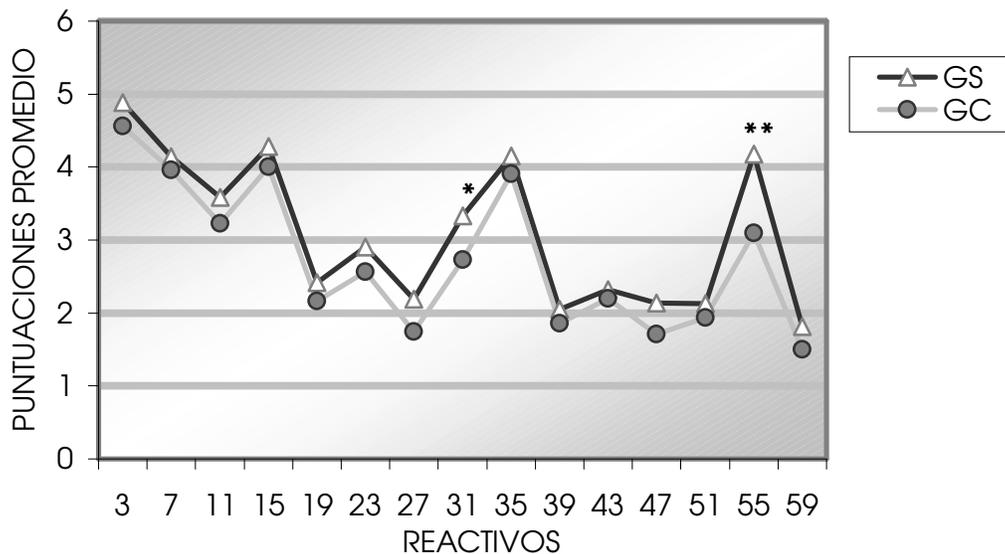
Por otra parte, al observar los resultados obtenidos en la escala Machismo de la dimensión Autodescripción (Gráfica 3), notamos que sólo el reactivo 31 “Materialista” reportó una diferencia significativa entre los grupos con sintomatología y control ($t= 2.02$, $p= 0.04$), en donde el primero mostró una puntuación promedio significativamente mayor. Consecutivamente, dentro de la escala Machismo, pero ahora en la dimensión Percepción Social (Gráfica 4), también se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a los reactivos: 31 “Materialista” ($t= 2.25$, $p= 0.03$) y 55 “De voz fuerte” ($t= 3.49$, $p= 0.001$). En ambos casos el grupo con sintomatología obtuvo una mayor puntuación promedio que el grupo control.

GRÁFICA 3. MACHISMO/AUTODESCRIPCIÓN



Gráfica 3. Comparación entre el grupo con sintomatología (GS) y control (GC), con respecto a su puntuación promedio en los reactivos de la escala Machismo del IMAFE en la dimensión Autodescripción, por medio de la prueba t de Student. * $p \leq 0.05$

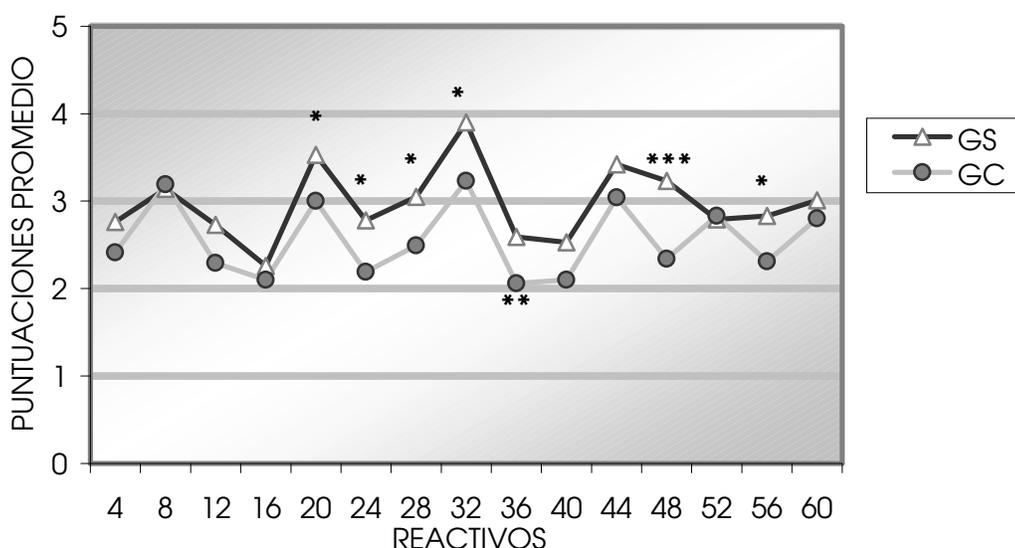
GRÁFICA 4. MACHISMO/PERCEPCIÓN SOCIAL



Gráfica 4. Comparación entre el grupo con sintomatología (GS) y control (GC), con respecto a su puntuación promedio en los reactivos de la escala Machismo del IMAFE en la dimensión Percepción Social, por medio de la prueba t de Student. * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.001$

Mientras que en la gráfica 5 se pueden observar los resultados encontrados en la escala Sumisión con respecto a la dimensión Autodescripción. Es importante considerar que se hallaron diferencias significativas en 7 de los 15 reactivos que conforman esta escala. Los reactivos en los cuales se localizaron dichas diferencias fueron: 20 “Indecisa” ($t= 2.02$, $p= 0.04$), 24 “De personalidad débil” ($t= 2.33$, $p= 0.02$), 28 “Insegura de mí misma” ($t=2.08$, $p= 0.04$), 32 “Pasiva” ($t= 2.34$, $p= 0.02$), 36 “Resignada” ($t= 2.47$, $p= 0.01$), 48 “Influenciable” ($t= 3.34$, $p= 0.001$) y 56 “Retraída” ($t= 2.06$, $p= 0.04$). Cabe mencionar que en todos estos casos GS mostró una mayor puntuación promedio que el grupo control.

GRÁFICA 5. SUMISIÓN/AUTODESCRIPCIÓN

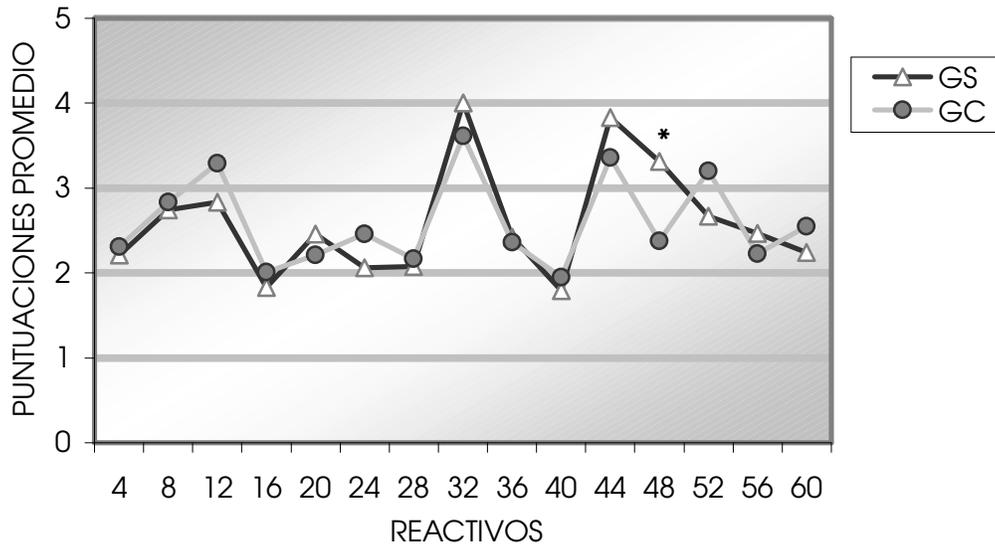


Gráfica 5. Comparación entre el grupo con sintomatología (GS) y control (GC), con respecto a su puntuación promedio en los reactivos de la escala Sumisión del IMAFE en la dimensión Autodescripción, por medio de la prueba t de Student.

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Por último, en la Gráfica 6 se puede observar que respecto a la escala Sumisión de la dimensión Percepción Social, sólo se encontró diferencia significativa entre los grupos en cuanto al reactivo 48 “Influenciable” ($t= 2.87$, $p= 0.01$); y en este caso, el grupo con una mayor puntuación promedio fue GS.

GRÁFICA 6. SUMISIÓN/PERCEPCIÓN SOCIAL



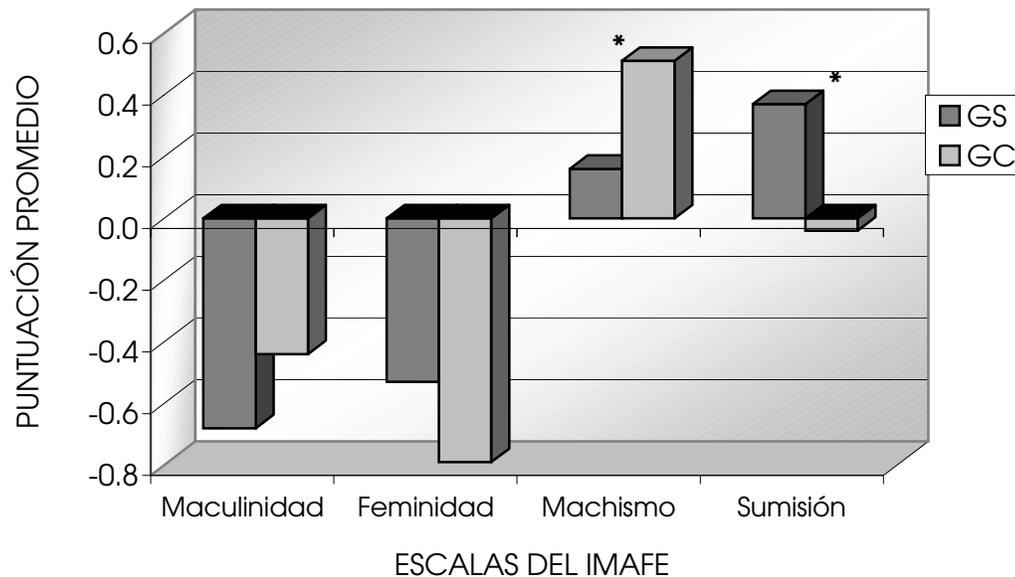
Gráfica 6. Comparación entre el grupo con sintomatología (GS) y control (GC), con respecto a su puntuación promedio en los reactivos de la escala Sumisión del IMAFE en la dimensión Percepción Social, por medio de la prueba t de Student. * $p \leq 0.01$

Finalmente, en la gráfica 7 se muestran los resultados referentes a los índices de ajuste respecto a las cuatro escalas del IMAFE (Autodescripción-Percepción Social), comparando al grupo con sintomatología (GS) y el grupo control (GC). Para obtener los datos de esta gráfica, se procedió obteniendo la diferencia al restar la puntuación promedio de la dimensión Percepción Social de cada una de las escalas (Masculinidad, Feminidad, Machismo y Sumisión) del IMAFE a la de la dimensión de Autodescripción. Los resultados denotaron diferencias significativas en cuanto a las escalas Machismo ($t= 2.33$, $p= 0.02$) y Sumisión ($t= 2.29$, $p= 0.02$). En la primera escala antes señalada, GS obtuvo una puntuación significativamente menor, pero en la segunda escala su puntuación fue significativamente mayor.

Como podemos ver, en el caso de la escala de Machismo, ambos grupos se describieron con más rasgos machistas de los que perciben como socialmente deseables, sin embargo, dicho desajuste fue significativamente menor por parte del grupo con sintomatología. Mientras que en lo que refiere a la escala de

Sumisión, observamos que ambos grupos presentaron desajuste entre su autodescripción y lo que perciben como socialmente deseable; sin embargo, dicho desajuste es en sentidos contrarios, ya que si bien el grupo con sintomatología se describió como más sumisa de lo socialmente deseable, el grupo control se mostró menos sumisa de lo socialmente deseable.

GRÁFICA 7. AUTODESCRIPCIÓN-PERCEPCIÓN SOCIAL



Gráfica 7. Comparación entre el grupo con sintomatología (GS) y control (GC), con respecto al índice de ajuste en las cuatro escalas del IMAFE y sus dos dimensiones: Autodescripción y Percepción Social, por medio de la prueba t de Student. * $p \leq 0.05$

A partir de estos resultados, se puede señalar que en el caso de Masculinidad y Feminidad, las mujeres tanto con sintomatología como control se describen menos masculinas y femeninas de lo que ellas consideran como socialmente deseable, es decir, ellas consideran que según su ideal social, deberían ser más femeninas y más masculinas de cómo se describen, sin embargo estas diferencias no fueron significativas.

FASE 2

Ahora bien, al comparar las puntuaciones promedio del grupo control (GC) y los tres grupos con sintomatología: anoréxica (SA), bulímica (SB) y mixta (SM) con respecto a las escalas del IMAFE (Masculinidad, Feminidad, Machismo y Sumisión) en las dimensiones Autodescripción y Percepción Social (Tabla 8), se detectó que sólo respecto a la escala Feminidad —en las dos dimensiones— el grupo con sintomatología mixta obtuvo medianas significativamente mayores que los otros grupos, particularmente respecto al de sintomatología bulímica.

TABLA 8

Grupos	AUTODESCRIPCIÓN				PERCEPCIÓN SOCIAL			
	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.	Masc.	Fem.	Mach.	Sum.
SA	Me= 4.43 RP= 59.88 SRM= 50.0	Me= 5.20 RP= 65.40 SRM= 55.9	Me= 2.93 RP= 49.13 SRM= 35.3	Me= 2.83 RP= 56.68 SRM= 47.1	Me= 5.90 RP= 65.37 SRM= 61.8	Me= 5.67 RP= 59.91 SRM= 44.1	Me= 2.93 RP= 60.09 SRM= 55.9	Me= 2.13 RP= 52.91 SRM= 47.1
SB	Me= 4.13 RP= 48.65 SRM= 41.6	Me= 4.70 RP= 46.33 SRM= 29.2	Me= 3.53 RP= 65.27 SRM= 58.3	Me= 3.13 RP= 65.42 SRM= 62.5	Me= 5.03 RP= 47.38 SRM= 37.5	Me= 5.27 RP= 40.65 SRM= 33.3	Me= 2.93 RP= 64.79 SRM= 50.0	Me= 2.67 RP= 61.71 SRM= 58.3
SM	Me= 4.30 RP= 54.85 SRM= 40.0	Me= 5.70 RP= 68.85 SRM= 75.0	Me= 3.60 RP= 64.22 SRM= 60.0	Me= 2.97 RP= 65.68 SRM= 55.0	Me= 5.33 RP= 56.20 SRM= 50.0	Me= 6.40 RP= 69.65 SRM= 70.0	Me= 3.17 RP= 63.47 SRM= 65.0	Me= 2.93 RP= 62.33 SRM= 55.0
GC	Me= 4.53 RP= 61.16 SRM= 54.3	Me= 4.67 RP= 49.39 SRM= 40.0	Me= 3.07 RP= 54.84 SRM= 42.9	Me= 2.53 RP= 46.59 SRM= 28.6	Me= 5.20 RP= 55.93 SRM= 45.7	Me= 5.80 RP= 58.16 SRM= 51.4	Me= 2.60 RP= 44.96 SRM= 34.3	Me= 2.20 RP= 54.70 SRM= 40.0
Kruskal Wallis	2.48	9.29 *	4.62	6.53	4.34	9.28 *	7.18	1.73

Tabla 8. Comparación entre los tres grupos con sintomatología: anoréxica (SA), bulímica (SB), mixta (SAB) y el grupo control (GC), por medio de las pruebas Kruskal-Wallis y de la Mediana, con respecto a las cuatro escalas del IMAFE en las dos dimensiones evaluadas (Autodescripción y Percepción social). Me= Mediana, RP= Rango promedio, SRM= Porcentaje de sujetos que rebasaron la mediana.* $p \leq 0.05$.

Sin embargo, al analizar los resultados concernientes a las diferencias entre los cuatro grupos en cuanto al índice de ajuste entre la dimensión de Autodescripción y la de Percepción Social para cada una de las escalas (Masculinidad, Feminidad, Machismo y Sumisión) del IMAFE, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos.

DISCUSIÓN

Autodescripción del rol sexual

Respecto a la muestra total, se observó un patrón interesante en cuanto a la asociación entre la sintomatología de trastorno alimentario y los roles de género. Particularmente, entre más femeninas (positivo) se describieron las jóvenes presentaron también mayor sintomatología de tipo anoréxico, pero entre más sumisas (femenino negativo) fue mayor la presencia de motivación para adelgazar, sentimientos negativos posteriores a la sobreingestión, sintomatología de tipo bulímico y sobreingestión; y estos dos últimos, de forma paralela, se asociaron con la posesión de menos rasgos de masculinidad. Esto confirma los resultados reportados en la literatura (Paxton y Sculthorpe, 1991; Meyer *et al.*, 2001) respecto a que la feminidad en la autodescripción —y específicamente de tipo negativo, de acuerdo a los primeros autores— se asocia de forma positiva con una mayor presencia de sintomatología bulímica y motivación para adelgazar; y a su vez, que a mayor masculinidad es menor la sintomatología bulímica.

Asimismo, recordemos que en el caso del presente estudio las jóvenes detectadas con sintomatología de trastorno alimentario se describieron como más sumisas (femenino/negativo), y de forma específica se caracterizaron por ser más inseguras de sí mismas, indecisas, débiles, pasivas, resignadas, influenciables y retraídas. Además, en ellas se observó que a mayor grado de sintomatología de tipo anoréxico se describieron como más femeninas (positivo) y, paralelamente, a mayor sintomatología bulímica consideraron tener menos rasgos del rol de género masculino (positivo). Esto coincide con lo reportado por Murnen y Smolak (1997), quienes —a partir de su estudio meta-analítico— encontraron que una constante en las investigaciones revisadas es que las mujeres con trastorno alimentario se caracterizan por poseer más rasgos del rol femenino y menos del masculino.

Por otro lado, al analizar más detalladamente los datos anteriores, aparece cierto patrón diferencial en cuanto a la asociación entre los tipos de sintomatología (anoréxica o bulímica) y los roles de género. Es decir, si bien la sintomatología anoréxica y la bulímica se asociaron a alta feminidad, en el primer caso fue feminidad de tipo positivo, mientras que en el segundo lo fue de tipo negativo (sumisión); además, específicamente la sintomatología bulímica se relacionó con una menor posesión de características de masculinidad (positivo). Sin embargo, la comparación realizada en este estudio entre los tres tipos de sintomatología (anoréxica, bulímica y mixta), sólo confirmó lo anterior en el sentido de que las jóvenes detectadas con sintomatología anoréxica y mixta presentan más características de feminidad positiva.

Por tanto, respecto a la autodescripción, los hallazgos del presente estudio arrojan importantes vertientes:

a) Se confirma lo planteado por el modelo de Boskind-White y White (1986), en que un factor etiológico de las patologías alimentarias comprende el rol de género femenino, específicamente sus características de tipo negativo, es decir, mayor sumisión.

b) Se sustenta la pertinencia de analizar en futuras investigaciones la hipótesis planteada por Meyer *et al.* (2001) y Forbes *et al.* (2001), respecto a la posibilidad de que mientras la feminidad —y por tanto, su exacerbación, la sumisión— parece ser un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario, la masculinidad podría desempeñarse como un factor protector frente a la introyección del modelo estético corporal de esbeltez, la insatisfacción corporal y la baja autoestima.

c) Por tanto, no se sustenta lo referido por Vidal (cit. en Turón, 1997) y Behar (1992) respecto a que el rol sexual andrógino esté asociado a la presencia del trastorno alimentario. Contrariamente, en el presente estudio se confirma lo

señalado por otros autores en cuanto a que son las mujeres andróginas o con tipificación masculina quienes presentan un menor riesgo de desarrollar insatisfacción corporal y trastorno alimentario (Forbes *et al.*, 2001; Ludwig y Brownell, 1999; Jackson *et al.*, 1988; Van Strien, 1989).

d) Una vez que, en términos generales, las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario presentan un patrón específico en sus características de rol de género respecto al grupo control, también parecen existir patrones específicos dependientes del tipo de sintomatología. Por tanto, se plantea la hipótesis de que mientras la feminidad (positiva) pueda ser un factor de riesgo específico a la anorexia nerviosa, la sumisión (feminidad negativa) lo sea para la bulimia nerviosa; y que la masculinidad pueda ser un factor protector específico ante este último trastorno.

Prescripción del rol sexual

Respecto a la muestra total, en el presente estudio se observó que a mayor sintomatología anoréxica, bulímica, motivación para adelgazar y sobreingestión las jóvenes percibieron que el ideal social les demandaba que desplegaran mayores rasgos negativos del rol de género masculino (machismo). No obstante, estas asociaciones habrá que tomarlas con cautela en medida de que aunque fueron significativas, su magnitud fue débil.

Aunque en el caso de las jóvenes del grupo con sintomatología de trastorno alimentario, se observó que a mayor presión de su medio social respecto a la pertinencia de que fuesen más femeninas (rasgos positivos) reportaron mayor grado de sintomatología anoréxica, específicamente la motivación para adelgazar; en tanto que a mayor restricción alimentaria y presión social percibida respecto a la deseabilidad de que incrementen su ingestión y peso corporal reportaron que la demanda social es conducente a que se muestren menos sumisas (feminidad negativa). Finalmente, y de forma complementaria, se observó que ante una

mayor restricción alimentaria, ellas percibieron mayor presión social para que expresaran características del rol de masculinidad (rasgos positivos).

Asimismo, las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario percibieron que socialmente se les requería que presentaran —en general— significativamente más rasgos negativos del rol de género masculinidad (machismo); y en lo específico las siguientes características: voz más fuerte y mayor materialismo (machismo), que fuesen más influenciables (sumisión) y que experimentaran mayor confianza en los demás (masculinidad). Sin embargo, en cuanto a los tipos específicos de sintomatología, las jóvenes con sintomatología anoréxica y mixta percibieron que socialmente se les demandaba que debían manifestar un mayor grado de feminidad.

Por tanto, de los hallazgos del presente estudio respecto a la prescripción social, se derivan algunas vertientes:

a) Los anteriores resultados inicialmente confirman lo considerado en el modelo de Steiner-Adair (1986), el cual predice que las mujeres con trastorno alimentario atribuyen altos niveles de rasgos masculinos a su ideal femenino (Timko *et al.*, 1987); ya que —en lo general— en el presente estudio se encontró que las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario percibieron mayor presión social porque poseyeran más rasgos masculinos, pero estos fueron específicamente de tipo negativo (machismo).

b) Sin embargo, lo anterior no significó que las jóvenes percibieran una disminución de la presión porque presentaran rasgos femeninos o de sumisión, sino que contrariamente, la tendencia fue que éstos también incrementaran. Por tanto, aquí es pertinente retomar el concepto de androgeneidad, ya que en este estudio el ideal social que las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario describieron suponía un incremento tanto de características del rol sexual masculino así como del femenino. Esto confirma lo referido por Crago *et al.* (1996)

con respecto a que las mujeres con trastorno alimentario son especialmente vulnerables a introyectar el requerimiento social que exige el estereotipo actual de “mujer ideal”, es decir, de “Supermujer”, aquella que es poseedora —o al menos pretende serlo— de características masculinas y femeninas, aunque ello conlleve el estrés de desempeñar roles múltiples (Smolak y Levine, 1996; Thornton *et al.*, 1991), situación que diversos autores han asumido como un importante factor etiológico de trastorno alimentario (Steiner-Adair, 1986; Timko *et al.*, 1987).

c) Asimismo, la prescripción social percibida respecto a los roles de género y los componentes de trastorno alimentario mostraron patrones de asociación diferenciales. Así, mientras la sintomatología anoréxica y la motivación para adelgazar se relacionaron positivamente con la presión social porque fuesen más femeninas (rasgos positivos), la restricción alimentaria lo estuvo con el requerimiento de que fuesen más masculinas (rasgos positivos) y — paralelamente— menos sumisas (feminidad negativa). Al respecto, una posible explicación puede estar basada en la caracterización de si dicho componente de trastorno alimentario supone un rol más expresivo o instrumental, característicos de lo propiamente femenino o masculino, respectivamente (Bem, cit. en Gómez, 1991; Crispo *et al.*, 1996; Lara, 1993). Es decir, partiendo del supuesto de que las facetas características de la sociedad incluyen cierta valoración del ser humano y de sus cuerpos con respecto a sus elevados ideales estéticos y espirituales; y al instituirse en una cultura sus reglas, la gente acata y perpetúa dichas normas, a partir de las cuales se ven modificadas las actitudes, conducta e identidad personal. Bourges (cit. en Sánchez, 1985) comenta que todos estos factores conforman una problemática en los individuos para poseer o adquirir hábitos alimentarios adecuados. Con base a este planteamiento, se puede contemplar que según sea el género se pondría de manifiesto una forma de asimilar su propio rol. Así, en base a los resultados obtenidos se puede considerar que socialmente la feminidad —vista como un rol expresivo— puede sugerir el propósito por adelgazar a un nivel cognitivo —solo intencional— y, por otro lado, la masculinidad

—rol instrumental— implicaría un comportamiento ejecutivo de patrones específicos de alimentación.

Ajuste del rol sexual (autodescripción/ideal social)

Por otro lado, en cuanto al ajuste entre las dimensiones de autodescripción y prescripción social, observamos que las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario presentaron dos ejes problemáticos, ya que se percibieron más sumisas (feminidad negativa) de lo socialmente deseable, pero menos machistas (masculinidad negativa) de lo requerido. Los resultados referidos en la presente investigación concuerdan con los anteriormente descritos y confirman lo propuesto en el modelo de Steiner-Adair (1986) con respecto al grado de ajuste o correspondencia entre los rasgos de rol de género (autodescripción e ideal social), el cual supone que las mujeres con trastorno alimentario atribuyen altos niveles de rasgos masculinos a su ideal femenino, evidenciando esto una acentuada discrepancia con respecto a su autodescripción (ponderablemente femenina). La hipótesis de ajuste (percibido/ideal) indica que en las mujeres la mayor discrepancia respecto al rol de masculinidad (actual-ideal) está asociada a una menor salud mental (Grimmell y Stern, 1992). Y es bajo este contexto en donde el rol andrógino de “supermujer” se presenta como la solución y la ubica en el centro del conflicto que experimentan las mujeres con trastorno alimentario, precisamente en términos de un requerimiento que exige la posibilidad de cumplir las expectativas sociales que el estereotipo actual de “mujer ideal” plantea específicamente definido como aquél que supone el excelente desempeño a partir de características tanto de los roles masculino como del femenino, lo cual supone el desempeño de roles múltiples (Crago, Yates, Fleischer, Segerstrom y Gray, 1996); y a su vez hipotetiza que el estrés generado asociado a ello puede incrementar la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno alimentario (Smolak y Levine, 1996; Thornton, Leo y Alberg, 1991).

Por último, cabe mencionar que al realizar la revisión de ajuste por tipo de sintomatología, no se encontraron datos significativos que aportaran información adicional.

CONCLUSIONES

- En la presente investigación se corroboró que los roles de género pueden participar como una variable importante en su relación con la presencia de sintomatología de trastorno alimentario.
- Con respecto a la dimensión de **autodescripción** del rol de género, se confirmó parcialmente el modelo hipotético de hiper-feminidad planteado por Boskind-White y White (1986), pues si bien el factor sumisión (feminidad negativa) efectivamente estuvo asociado a la sintomatología del trastorno alimentario, ésta no se relacionó con un bajo nivel de masculinidad.
- Contrariamente, la hipótesis de androgenidad sustentada por Vidal (cit. en Turón, 1997) y Behar (1992) no fue confirmada por la presente investigación, dado que la jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario no se caracterizaron por tener significativamente mayores niveles de feminidad y masculinidad que las jóvenes del grupo control.
- Por otro lado, en cuanto al análisis del rol de género (autodescriptivo) con respecto a la tipificación por sintomatología del trastorno alimentario se encontró que las jóvenes con sintomatología anoréxica o mixta se caracterizaron como más femeninas (positiva), en tanto que las de sintomatología bulímica fueron más sumisas (feminidad negativa) y menos masculinas (positivo).
- Ahora bien, al analizar los roles de género en la dimensión de **percepción social**, los resultados del presente trabajo indican cierta similitud con respecto al modelo hipotético planteado por Steiner-Adair (1986), puesto que si bien el ideal social coincide con un mayor machismo (masculinidad negativa), el componente de un bajo nivel de feminidad no estuvo de

manifiesto dentro de la muestra total, sino por el contrario, los resultados indican que el modelo prescrito socialmente —en opinión de las jóvenes— propone funcionar dentro de un sistema de roles múltiples, es decir, a partir del modelo de “supermujer”, predominantemente andrógino.

- Asimismo, dentro del rubro de percepción social se encontró que los grupos con sintomatología anoréxica y mixta se caracterizaron por una mayor feminidad (positiva) en su prescripción de ideal social y, específicamente, la motivación para adelgazar se asoció con mayor sumisión (feminidad negativa), en tanto que la restricción alimentaria con mayor masculinidad (positiva) y menor sumisión (feminidad negativa).
- Por último, en el estudio del **ajuste entre autodescripción y percepción social**, las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario se caracterizaron por considerarse más sumisas (femenino negativo) de lo socialmente deseable, pero menos machistas (masculino negativo) respecto a la demanda social. Al respecto, recordemos que en la literatura se señala (McBride, 1990; Timko *et al.*, 1987; Hart y Kenny, 1997) que entre menor sea el ajuste entre la descripción personal y la demanda social, supondría un mayor riesgo para la salud mental.

LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- Si bien el objetivo de la presente investigación se enfocaba únicamente a la valoración de mujeres jóvenes que presentaban sintomatología de trastorno alimentario, sería importante incluir en una futura investigación a una muestra clínica, lo que permitiría profundizar en el análisis de la relación entre roles de género y trastorno alimentario.
- En este trabajo se evaluaron los roles de género en dos dimensiones: autodescripción y prescripción social, sin embargo, se considera pertinente que posteriormente se amplíe la evaluación a una tercera dimensión: ideal

personal, ya que es altamente probable que éste no necesariamente corresponda a lo que una persona perciba como requerimiento o demanda social.

- Respecto a las asociaciones diferenciales observadas entre los roles de género y los componentes específicos de trastorno alimentario, se deriva la hipótesis a estudiar de si éstas podrán estar supeditadas al significado que dicho componente o síntoma supone, esto en el sentido de los binomios expresividad/ feminidad o instrumentalidad/masculinidad.

- Dado que la naturaleza y objetivos de la presente investigación era de corte exploratorio, queda pendiente analizar la factibilidad de que, como señala la literatura —en cuanto a autodescripción—, una alta identificación con el rol sexual femenino puedan actuar como un factor de riesgo ante los trastornos alimentarios (Forbes *et al.*, 2001; Jonson *et al.*, 1996), mientras que la masculinidad y la androgenia puedan desempeñarse como factores protectores (Meyer *et al.*, 2001).

- Asimismo, se sugiere analizar a profundidad si la introyección del modelo de “supermujer” en las jóvenes mexicanas representa en un factor de riesgo para la salud mental y, en lo particular, para el desarrollo de un trastorno alimentario.

- Finalmente, se propone que futuras investigaciones puedan valorar la influencia o posible mediación de las variables edad, insatisfacción corporal y autoestima sobre la relación entre roles de género y trastornos alimentarios.

REFERENCIAS

- Alvarez, G.J. y Mazin, R.R. (1983). **Elementos de sexología**. México: Interamericana.
- Alvarez, R.G. (2000). **Validación de México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT**. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Ciudad de México, México.
- Alvarez, R.G. y Mancilla, D.J.M. (1996, febrero). **La cultura del cuerpo y los trastornos alimentarios: Un enfoque psicosocial**. Trabajo presentado en el Coloquio: Cuerpo, Movimiento, Cultura y Educación. Edo. de México, México.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M., López, A.X., Vázquez, A.R., Ocampo, M.T. y López, A.V. (1998). Trastornos alimentarios y obesidad. **Psicología Contemporánea**, 5(1), 72-79.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M., Martínez, M.M. y López, A.X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. **Psicología y Ciencia Social**, 2(1), 50-58.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M. y Vázquez, A.R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). **Psicología Contemporánea**, 7(1), 74-85.
- Alvarez, R.G., Román, F.M., Manríquez, R.E. y Mancilla, D.J.M. (1996). Imagen corporal y trastornos alimentarios en una muestra de universitarias mexicanas. **Psicología Social en México**, 7, 536-541.
- Alvarez, R.G., Vázquez, A.R., Mancilla, D.J.M. y Gómez, P.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, C., Caballero, A. y Mercado, D. (en prensa). Validity of the eating attitudes test: A study of mexican eating disorders patients. **Journal of Eating and Weight Disorders**.
- American Psychiatric Association. (2000). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)**. Barcelona: Masson.
- Andersen, A.E. (1992). Males with eating disorders. En: J. Yager, H.E. Gwirtsman y C.K. Edelstein (Eds.). **Special problems in managing eating disorders**. (pp. 87-118). USA: American Psychiatric Association.
- Ashurst, P. y Hall, Z. (1989). **Understanding women in distress**. London: Tavistock/Routledge.

- Barrera, H.E. (1991). Análisis de los estereotipos de género. **Investigaciones Psicológicas**, **9**, 145-165.
- Behar, A.R. (1992). Roles genéricos y anorexia nerviosa. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, **38**(2), 119-122.
- Bers, S.A. y Quinian, D.M. (1992). Perceived-competence deficit in anorexia nervosa. **Journal of Abnormal Psychology**, **101**(3), 423-431.
- Bleichmar, E.D. (1991). **El feminismo espontáneo de la histeria**. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Boskind-Lodhal, M. (1976). Cinderella's stepsisters: A feminine perspective on anorexia nervosa and bulimia. **Journal of Women in Culture and Society**, **2**, 342-355.
- Boskind-White, M. y White, W.C. (1986). Bulimarexia: A historical-sociocultural perspective. En: K.D. Brownell y J.P. Foreyt (Eds.). **Handbook of eating disorders: Physiology, psychology, and treatment of obesity, anorexia, and bulimia**. (pp. 17-38). New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1973). **Eating disorders**. New York: Basic Books.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). **Psicología del cuerpo**. Barcelona: Herder.
- Cantrell, P. y Ellis, J. (1991). Gender role risk patterns for eating disorders in men and women. **Journal of Clinical Psychology**, **47**, 53-57.
- Cardaci, D. (1990). Educación nutricional: Mujeres culpabilizando a mujeres. **Mujeres y Medicina**, **4**, 15-24.
- Cash, T., Ancis, J. y Strachan, M. (1997). Gender attitudes, feminist identity, and body images among college women. **Sex Roles**, **36**(7/8), 433-447.
- Charles, M. (1990). El cuerpo femenino: ¿Lucha o concientización?. **FEM**, **14**(94), 24-25.
- Charles, M. (1991). Medios de comunicación y la construcción de la cultura femenina. **FEM**, **15**(101), 4-6.
- Cooper, J., Taylor, M.J. y Fairburn, C.G. (1992). Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Behavior Research and Therapy**, **30**(5), 501-511.

- Crago, M., Yates, A., Fleischer, C., Segerstrom, B. y Gray, N. (1996). The superwoman ideal and other risk factors for eating disturbances in adolescent girls. **Sex Roles**, **35**(11/12), 801-810.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). **Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber**. Barcelona: Gedisa.
- De la Serna, D.P. (1996). Aspectos clínicos de la anorexia nerviosa en el varón. **Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines**, **24**(2) 67-73.
- Dorantes, A.I., Alvarez, R.G., Ruelas, H.C. y Mancilla, D.J.M. (2000). Tipología familiar en jóvenes mexicanas con riesgo de trastorno alimentario. En: R. Jiménez. (Ed.). **Familia: Naturaleza amalgamada**. (pp. 281-289). México: Universidad Autónoma de Tlaxcala y Centro Universitario de Estudios para la Familia.
- Dreyfus, D. y Alla, P. (1989). Alimentation et sexualité chez la personne âgée. **Psychology Medicale**, **21**(8), 1055-1056.
- Enmett, S.W. (1989). Case study of a bulimic collegian. The bulimic college student: Evaluation, treatment and prevention. **Journal of College Student Psychotherapy**, **3**(24), 205-220.
- Forbes, G.B., Adams-Curtis, L.E., Rade, B. y Jaberg, P. (2001). Body dissatisfaction in women and men: The role of gender-typing and self-esteem. **Sex Roles**, **44**(7/8), 461-484.
- Fry, R. y Crisp, A.H. (1989). Adoption and identity: A case of anorexia nervosa. **British Journal of Medical Psychology**, **62**(2), 143-152.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, **9**, 273-279.
- Giraldo, N.O. (1981). **Explorando las sexualidades humanas**. México: Trillas.
- Gómez, J. (1991). **Psychological and psychiatric problems in men**. London: Routledge.
- Gómez-Peresmitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. **Revista Mexicana de Psicología**, **10**(1), 17-27.
- Gómez-Peresmitré, G. (1998). Imagen corporal ¿Qué es más importante: sentirse atractivo o ser atractivo? **Psicología y Ciencia Social**, **2**(1), 27-33.

- Gotwald, W.H. y Golden, G.H. (1983). **Sexualidad: La experiencia humana**. México: Manual Moderno.
- Grimmell, D. y Stern, G.S. (1992). The relationship between gender role ideals and psychological well-being. **Sex Roles**, **27**, 487-497.
- Guillemot, A. y Laxenaire, K. (1994). **Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura**. Barcelona: Masson.
- Gutiérrez, G.E. (2002). **Evaluación de la imagen corporal y su asociación con la influencia de los modelos estéticos corporales**. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Edo. de México, México.
- Gutiérrez, V.M. (2001). **Evaluación de la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y la sintomatología de trastorno alimentario**. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Edo. de México, México.
- Halmi, K.A. y Sunday, S.R. (1991). Temporal patterns of hunger and fullness ratings and related cognitions in anorexia and bulimia. **Appetite**, **16**(3), 219-237.
- Hart, K. y Kenny, M. (1997). Adherence to the super woman ideal and eating disorder symptoms among college women. **Sex Roles**, **36**(7/8), 461-478.
- Hartley, P. (1989). Body-image and self-image in anorexia nervosa. **British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa**, **3**(2), 61-70.
- Hawkins, R., Turell, S. y Jackson, L. (1983). Desirable and undesirable masculine and feminine traits in relation to student's dieting tendencies and body image dissatisfaction. **Sex Roles**, **9**, 705-718.
- Jackson, L.A., Hodge, C.N. y Ingram, J.M. (1994). Gender and self-concept: A reexamination of stereotypic differences and the role of gender attitudes. **Sex Roles**, **30**(9/10), 615-629.
- Jackson, L.A., Sullivan, L.A. y Hymes, J. (1987). Gender, gender role, and physical appearance. **Journal of General Psychology**, **121**, 51-56.
- Jackson, L.A., Sullivan, L.A. y Rostker, R. (1988). Gender, gender role, and body image. **Sex Roles**, **19**(7/8), 429-443.
- Johnson, M., Brems, C & Fischer, P. (1996). Sex role conflict, social desirability, and eating-disorder attitudes and behaviors. **Journal of General Psychology**, **123**, 75-87.

- Johnson, C., Connors, M.E. y Tobin, D.L. (1987). Symptom management of bulimia. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **55**(5), 668-676.
- Kaplan, A. y Sadock, S. (1994). **Synopsis of psychiatry**. USA: Williams y Wilkins.
- Klingenspor, B. (1994). Gender identity and bulimic eating behavior. **Sex Roles**, **31**(7-8), 407-431.
- Klingenspor, B. (2002). Gender-related self-discrepancies and bulimic eating behavior. **Sex Roles**, **47**(1/2), 51-64.
- Lakkis, J., Ricciardelli, L. y Williams, R. (1999). Role sexual orientation and gender-related traits in disordered eating. **Sex Roles**, **41**(1/2), 1-16.
- Lamas, M. (2002). **Cuerpo: Diferencia sexual y género**. México: Taurus.
- Lancelot, C. y Kaslow, N. (1994). Sex role orientation and disordered eating in women: A review. **Clinical Psychology Review**, **14**, 139-157.
- Lara, C.M. (1993). **Inventario de masculinidad-femineidad (IMAFE)**. México: Manual Moderno.
- Lawrance, K., Taylor, D. y Byers, E.S. (1996). Differences in men's and women's global, sexual, and ideal-sexual expressiveness and instrumentality. **Sex Roles**, **34**(5/6), 337-357.
- León, G.R., Lucas, A.R., Colligan, R.C., Ferdinande, R.J. y Kamp, J. (1985). Sexual, body-image, and personality attitudes in anorexia nervosa. **Journal of Abnormal Child Psychology**, **13**(2), 245-258.
- Leonhard, M.L. y Barry, N.J. (1998). Body image and obesity: Effects of gender and weight on perceptual measures of body image. **Addictive Behaviors**, **23**(1), 31-34.
- Levitt, M.Z. y Hart, D. (1991). Development of self-understanding in anorectic and nonanorectic adolescent girls. **Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry**, **29**(1), 112-117.
- López, A.X., Mancilla, D.J.M., Alvarez R.G. y Cobos, Z.C. (1997). Un estudio sobre personalidad e imagen corporal de comedores compulsivos. **Revista de Sanidad Militar**, **51**(6), 255-259.
- Ludewig, K. (1991). Reflexiones sobre la anorexia en adolescentes: Un enfoque sistémico del problema psicossomático ejemplificado por la anorexia nerviosa. **Estudios Psicológicos**, **1**(1), 1-21.

- Ludwig, M.R. y Brownell, K.D. (1999). Lesbians, bisexual women, and body image: An investigation of gender roles and social group affiliation. **International Journal of Eating Disorders**, **25**, 89-97.
- Mancilla, D.J.M., Alvarez, R.G., López, A.X., Mercado, G.L., Manríquez, R.E. y Román, F.M. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. **Psicología y Ciencia Social**, **2**(1), 34-43.
- Mancilla, D.J.M., Mercado, G.L., Manríquez, R.E., Alvarez, R.G.L., López, A.X. y Román, F.M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. **Revista Mexicana de Psicología**, **16**(1), 37-46.
- Mancilla, D.J.M., Román, F.M., Alvarez R.G. y López, A.X. (1998). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. **Psicología Contemporánea**, **5**(1), 22-29.
- Marchi, M. y Cohen, P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, **29**(1), 112-117.
- Martínez-Fornés, S. (1994). **La obsesión por adelgazar: Bulimia y anorexia**. México: Espasa Calpe.
- Mateo, G.C. (2002). **Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastorno alimentario y sus factores asociados**. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Edo. de México, México.
- McBride, A.B. (1990). Mental health effects of women's multiple roles. **American Psychologist**, **45**, 381-384.
- Merani, A.L. (1979). **Diccionario de psicología**. México: Grijalbo.
- Mercado, C.D. y Luna, I.M. (2003). Inventario mexicano de masculinidad y feminidad: Desarrollo psicométrico y versión preliminar. **Revista Mexicana de Psicología**, **20**(1), 113-126.
- Meyer, C., Blissett, J. y Oldfield C. (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: The role of masculinity and femininity. **International Journal of Eating Disorders**, **29**, 314-318.
- Miller, D.K., Morley, J.E., Rubinstein, L.Z. y Pietruszka, F.M. (1991). Abnormal eating attitudes and body image in older undernourished individuals. **Journal of the American Geriatric Society**, **39**(5), 462-466.

- Mizes, J.S. (1992). Validity of the mizes anorectic cognitions scale: A comparison between anorectics, bulimics and psychiatric controls. **Addictive Behaviors**, **17**(3), 283-289.
- Murnen, S.K. y Smolak, L. (1997). Femininity, masculinity, and disordered eating: A meta-analytic review. **International Journal of Eating Disorders**, **22**, 231-242.
- Noles, S.W., Cash, T.F. y Winstead, B.A. (1985). Body image, physical attractiveness, and depression. **Journal of Consulting Psychology**, **53**(1), 88-94.
- Ocampo, M.T., López, A.X., Alvarez, R.G. y Mancilla, D.J.M. (1999). Percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza clásica con y sin trastorno alimentario. **Estudios de Antropología Biológica**, **9**, 521-531.
- Pagsberg, A.K. y Wang, A.R. (1994). Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm country, Denmark, 1970-1984. **Acta Psiquiátrica Escandinávica**, **90**, 259-265.
- Pastor, C.R. y Martínez-Benlloch, I. (1991). Roles de género: Aspectos psicológicos de las relaciones entre los sexos. **Investigaciones Psicológicas**, **9**, 117-143.
- Paxton, S., y 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.
- Perlick, D. y Silverstein, B.(1994). Faces of female discontent; Depression, disordered eating, and changing gender roles. En: P. Fallon, M. Katzman y S. Wooley, (Eds.). **Feminist perspectives on eating disorders**. (pp.77-93). U.S.A: Guilford Press.
- Pike, K.M. y Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. **Journal of Abnormal Psychology**, **100**(2), 198-204.
- Raich, R.M. (1994). **Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios**. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M. (1998). Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. **Psicología y Ciencia Social**, **2**(1), 15-26.
- Román, F.M., Mancilla, D.J.M., Alvarez, R.G. y López, A.X. (1998). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. **Psicología Contemporánea**, **5**(2) 22-28.

- Rost, B. y Molinari, M. (1992). Under das beburfnis nach kontrolle und die angst, sie zu verlieren-uberlegungen zur behandlung der anorexia nervosa. **Zeitschrift fur Kinder und Jugendpsychiatrie**, **20**(3), 155-159.
- Rothblum, E.D. (1994). I'll die for the revolution but don't ask me not to diet": Feminism and the continuing stigmatization of obesity. En: P. Fallon, M. Katzman y S. Wooley, (Eds.). **Feminist perspectives on eating disorders**. (pp. 53-76) U.S.A: Guilford Press.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, **9**, 429-448.
- Ryle, A. y Evans, C.D. (1991). Some meanings of body and self in eating-disordered and comparison subjects. **British Journal of Medical Psychology**, **64**(3), 273-283.
- Sánchez, C.F. (2001). **Aspectos cognitivos y conductuales relacionados a trastornos alimentarios en una población de danza**. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Edo. de México, México.
- Sánchez, G.M.G. (1985). **Algunos factores que afectan la selección de alimentos**. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Edo. de México, México.
- Seid, R. (1994). Too "close to the bone": The historical context for women's obsession with. En: P. Fallon, M. Katzman y S. Wooley. (Eds.). **Feminist perspectives on eating disorders**. (pp. 3-16). U.S.A: Guilford Press.
- Shibley, H.J. (1987). **Biblioteca de la sexualidad humana**. México: CECSA.
- Silverstein, B., Carpman, S., Perlick, D. y Perdue, L. (1990). Nontraditional sex role aspirations, gender identity conflict, and disordered eating among college women. **Sex Roles**, **23**, 687-695.
- Silverstein, B. y Perdue, L. (1988) The relationship between role concerns, preferences for slimness, and symptoms of eating problems among college women. **Sex Roles**, **18**, 101-106.
- Smith, M.C. y Thelen, M.H. (1984) Development and validation of a test for bulimia. **Journal of the American Psychological Association**, **41**(5), 863-872.
- Smolak, L. y Levine, M. (1996). Adolescent transitions and the development of eating problems. En: L. Smolak, M. Levine y R. Striegel-Moore (Eds.). **The developmental psychopathology of eating disorders**. (pp. 37-53). E.U.: Lawrence-Erlbaum.

- 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**, 95-114.
- Steinhausen, H.C. y Vollrath, M. (1993). The self-image of adolescent patients with eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, **13**(2), 221-227.
- Strober, M. y Humphrey, L.L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **55**(5), 654-659.
- Stumphauzer, J.S. (1989). **Terapia Conductual**. México: Trillas.
- Tannenhaus, N. (1995). **Anorexia y bulimia: Una guía práctica para superar los trastornos psicológicos que afectan los hábitos alimentarios**. Barcelona: Plaza y Janes.
- Thornton, B., Leo. R. y Alberg, K. (1991). Gender role typing, the superwoman ideal, and the potential for eating disorders. **Sex Roles**, **25**, 469-484.
- Timko, C., Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. y Rodin, J. (1987). Femininity/masculinity and disordered eating in women: How are they related? **International Journal of Eating Disorders**, **6**, 701-712.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). **Anorexia nerviosa**. Barcelona: Martínez Roca.
- Turón, J. (1997). **Trastornos de alimentación: Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad**. Barcelona: Masson.
- Turón, J., Fernández, F. y Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: Características demográficas y clínicas en 107 casos. **Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona**, **19**(1), 9-15.
- Unikel, S.C. y Gómez-Peresmitré, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. **Psicología Conductual**, **16**, 121-126.
- Uribe, G.M.T. (2000). **Identificación de las actividades alimentarias y síntomas de trastorno alimentario en estudiantes mexicanas**. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Edo. de México, México.
- Ussher, J.M. y Baker, C.D. (1993). **Psychological perspectives on sexual problems: New directions in theory and practice**. London: Routledge.

- Van Strien, T. (1989). Dieting, dissatisfaction with figure, and sex role orientation in women. **International Journal of Eating Disorders**, **8**, 455-462.
- Van Strien, T. y Bergers, G. (1988). Overeating and sex role orientation in women. **International Journal of Eating Disorders**, **7**, 415-422.
- Vázquez, A.R. (1996). **El papel de la familia en los trastornos alimentarios**. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.
- Vázquez, A.R. (1997). **Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa**. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.
- Vázquez, A.R., López, A.X., Alvarez, R.G., Ocampo, M.T. y Mancilla, D.J.M. (2000). Trastornos alimentarios y factores asociados en estudiantes de danza. **Psicología Contemporánea**, **7**(1), 56-65.
- Vázquez, A.R. y Raich, R.M. (1998). Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario. **Psicología y Ciencia Social**, **2**(1), 59-69.
- Vázquez, A.R., Raich, E.R.M., Viladrich, M.C., Alvarez, R.G. y Mancilla, D.J.M. (2000). Variables familiares asociadas a los trastornos alimentarios. En: **Familia: Naturaleza Amalgamada**. (pp. 265-280). México: Universidad Autónoma de Tlaxcala, Centro Universitario de Estudios para la familia.
- Vitousek, K. y Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Journal of Abnormal Psychology**, **103**(1), 137-147.
- Wichstrom, L. (1995). Social, psychological and physical correlates of eating problems: A study of the general adolescent population in Norway. **Psychological Medicine**, **25**, 567-579.
- Wooley, O.W. (1994). ...And man created "woman": Representations of women's bodies in western culture. En: P. Fallon, M. Katzman y S. Wooley, (Eds.). **Feminist perspectives on eating disorders**. (pp.17-52). U.S.A: Guilford Press.
- Zellner, D.A., Harner, D.E. y Adler, R.L. (1989). Effects of eating abnormalities and gender on perceptions of desirable body shape. **Journal of Abnormal Psychology**, **98**(1), 93-96.