

Ajuste al rol de género en mujeres con y sin trastornos de la conducta alimentaria

Gender role adjustment in women with and without eating disorders

Karla Edith González Alcántara y Cecilia Silva¹

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria podrían estar relacionados con el ajuste al rol de género de quienes los padecen, es decir, con la distancia percibida entre las características que se acepta poseer y aquellas que conforman el ideal personal. Por tal motivo, con el fin de indagar si el ajuste al rol de género guarda relación con aquéllos, se evaluaron la autopercepción y el ideal del rol de género en una muestra de 154 mujeres con edades de entre 14 y 30 años, de las cuales 49 padecían anorexia, 49 bulimia y 56 no tenían ningún tipo de patología. Dicha evaluación se hizo mediante el Inventario de Masculinidad y Feminidad en dos aspectos: “¿Cómo soy?” y “¿Cómo me gustaría ser?”. Los resultados muestran que las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, independientemente del diagnóstico, se perciben con más características negativas en los roles de género y manifiestan un menor ajuste con su rol.

Palabras clave: Machismo; Sumisión; Discrepancia; Androginia; Anorexia; Bulimia.

ABSTRACT

Eating disorders may be related to the adjustment to the gender role of those who suffer them, that is, the perceived distance between features they accept to have and those that correspond to their personal ideal. Therefore, in order to find out whether the adjustment to the gender role is related to those disorders, self-perceptions and the ideal of gender role in a group of women with bulimia, one with anorexia and one without eating disorders, were assessed. Masculinity and Femininity Inventory was used in two aspects: “How am I?” and “How would I like to be?”. One hundred and fifty four women participated, aged between 14 and 30 years, 49 with anorexia, 49 with bulimia, and 56 without any eating disorder. The results show that women with such disorder, regardless of diagnosis, perceive more negative characteristics of gender roles in themselves and present a lower adjustment to their role.

Key words: Machismo; Submission; Discrepancy; Androgyny; Anorexia; Bulimia.

¹ División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología, Edif. D Posgrado, Cubículo 12, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México, D.F., México, tel. (55)56-22-22-28, correo electrónico: karladith@hotmail.com. Artículo recibido el 1 de abril y aceptado el 22 de agosto de 2013.

INTRODUCCIÓN

Debido a que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA en lo sucesivo) aparecen con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres (Peláez, Labrador y Raich, 2006; Smink, Van Hoeken y Hoek, 2012), se les ha relacionado usualmente con los roles de género, término que se refiere a las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para varones y mujeres (Instituto Nacional de las Mujeres, 2007; Lara, 1993). Generalmente, la condición de ser mujer y los atributos femeninos se han vinculado a características emocionales y sentimentales, mientras que la condición de varón y la masculinidad se asocian con la racionalidad y con el uso de la fuerza física.

Por mucho tiempo se consideró que existía una bipolaridad entre la masculinidad y la feminidad, por lo que los roles eran calificados como contradictorios y excluyentes; así, las personas podían desempeñar el rol masculino o el femenino, pero no ambos. Dicha concepción bipolar del rol de género se mantuvo hasta que Bem (1974) acuñó el concepto de *androginia* (del griego *andros*: hombre y *gyne*: mujer). En la androginia, un individuo, sin importar al sexo al que pertenezca, puede desempeñar roles femeninos y masculinos al mismo tiempo; por ello, la androginia se consideraba más saludable que la masculinidad y la feminidad por separado, pues permite al sujeto responder mejor a las demandas de cualquier contexto.

En la mayoría de las culturas, es común emplear únicamente los términos “masculinidad” y “feminidad”; sin embargo, en México, el Inventario de Masculinidad y Feminidad (Lara, 1993) utiliza los conceptos antedichos exclusivamente para las características positivas de los roles de género, y los términos “machismo” y “sumisión” para las características negativas o indeseables asociadas a dichos roles. El machismo constituye un extremo de la virilidad y tiene como características una exagerada agresividad e intransigencia entre los varones y una actitud de arrogancia y agresión hacia las mujeres, mientras que la sumisión es el extremo de lo femenino, caracterizada por dependencia, conformismo, falta de imaginación y timidez en la relación con el varón (Lara, 1993).

Así, el machismo y la sumisión constituyen el conjunto de características negativas o indeseables de la masculinidad y la feminidad, respectivamente.

Actualmente, se considera que cualquier persona, sin importar el sexo al que pertenezca, puede desarrollar características asociadas a ambos roles de género, tanto deseables como indeseables; es decir, un individuo –hombre o mujer– puede desempeñar roles masculinos, femeninos, machistas o sumisos al mismo tiempo (Lara, 1993; Matud, Rodríguez, Marrero y Carballería, 2002).

Es posible examinar tres aspectos del rol de género: la autodescripción o forma en que los individuos se perciben; la prescripción social, es decir, la forma de ser que suponen que la sociedad les impone, y el ideal personal, o cómo les gustaría ser. La autodescripción, entonces, y dado que se refiere a las características que la persona considera poseer o desempeñar en su vida actual, responde a la pregunta “¿Cómo soy?”; la prescripción social alude a las expectativas que el individuo reconoce como aquellas que la sociedad exige para cada sexo y responde a la cuestión “¿Cómo debería ser un hombre o una mujer?”; finalmente, el ideal personal atiende a las características que al individuo le gustaría desempeñar, y responde a la interrogante de “¿Cómo me gustaría ser?”. Cabe señalar que al tratarse de un ideal, puede diferir de la percepción de la prescripción social, e incluso de la autopercepción.

Diversas investigaciones han relacionado los TCA y esos aspectos de la vivencia del rol de género. En primer lugar, respecto a las características del rol que el individuo reconoce desempeñar (autodescripción), se ha propuesto que hay una relación entre el rol femenino y la sintomatología de los TCA (Behar, De la Barrera y Michelotti, 2002; Meyer, Blissett y Oldfield, 2001; Swami y Abbasnejad, 2010), incluso en hombres (Blashill, 2011). También se ha planteado que la masculinidad actúa como un factor protector, o al menos como un elemento relacionado a una menor presencia de sintomatología de TCA (Hepp, Spindler y Milos, 2005; Mendoza, González y Silva, 2013; Meyer et al., 2001). Sin embargo, cabe la posibilidad de que sólo ciertas características del rol de género estén asociadas con los TCA, en tanto que otras no tengan influencia alguna. Por ejemplo, en algunos estudios se ha encontrado relación únicamente en-

tre las características sumisas y los TCA (Bosques, 2003; Mendoza et al., 2013), independientemente de que se trate de mujeres o varones (Silva, Mendoza y González, en prensa). También se ha sugerido que la percepción del rol de género prescrito por la sociedad está relacionado con los TCA. Al parecer, el ideal social de la “supermujer”, que posee características tanto masculinas como femeninas y que, además de cumplir con dichos roles de manera exitosa, tiene un cuerpo alto y delgado, una abultada cartera y altos niveles de logro individual, está asociado con la ocurrencia de síntomas propios de los TCA (Mensingher, Bonifazi y La Rosa, 2007). Además, se ha observado que las mujeres que se esfuerzan por ser exitosas en múltiples roles sufren estrés, lo que también se relaciona con la sintomatología propia de los TCA (Bekker y Boselie, 2002; Mussap, 2007).

En México, las mujeres consideran que el ideal social consiste en desempeñar un rol que incluya características femeninas, masculinas y machistas a la vez (Mendoza et al., 2013), lo que tal vez se deba a que el rol ideal de las mujeres para alcanzar el éxito se ha ido modificando a través del tiempo, hasta exigir actualmente que las mujeres posean más atributos masculinos y que a la vez cumplan los roles típicamente femeninos.

Respecto al ideal personal del rol de género, hasta el momento no se conocen estudios que aborden directamente la relación entre el ideal personal del rol de género y los TCA, aunque los que se han hecho en poblaciones no clínicas han mostrado una asociación entre este aspecto del rol de género y los hábitos y actitudes negativas respecto a la alimentación en mujeres y hombres (Mendoza et al., 2013; Silva et al., en prensa).

Por otra parte, la insatisfacción consigo mismo desempeña un importante papel en el desarrollo de conductas negativas hacia la alimentación, el peso y la figura corporal. En este sentido, también se ha observado que los cambios en los ideales del rol de género han producido una mayor insatisfacción entre el rol que se desempeña respecto al ideal, por lo que esta discrepancia constituye un factor en el que habría que centrar la atención. Dicha discrepancia se refiere a la distancia existente entre las características que el individuo considera tener y aquellas que le gustaría poseer, y se relaciona con la propuesta de la teoría de la autodis-

crepancia, que postula que las diferencias en el autoconcepto producen malestar en los individuos, mientras que las congruencias tienen como resultado el bienestar (Sawdon, Cooper y Seabrook, 2007). Así, la discrepancia indica un grado de ajuste al rol de género. En el ámbito de los TCA, su sintomatología está asociada con mayores niveles de discrepancia en los roles de género (Klingenspor, 2002), pero hace falta llevar a cabo más estudios que corroboren ese dato.

Como se ha mencionado antes, existen diversas evidencias respecto a la relación entre el rol de género y los TCA, pero aún se requiere esclarecer dicha asociación, sobre todo en lo que concierne al grado de ajuste entre el rol de género percibido y el ideal de quienes exhiben patologías relacionadas con el comportamiento alimentario.

Así, el objetivo de este estudio fue conocer si hay relación entre el ajuste al rol de género y los TCA, pues, de haberla, habría que considerar incluir la variable de ajuste al rol de género como un factor importante en el diseño, elaboración e implementación de planes de prevención e intervención terapéuticas.

MÉTODO

Participantes

Los grupos estuvieron conformados por un total de 154 mujeres con edades de entre 14 y 30 años ($M = 20.3$, $D.E. = 4$), de las cuales 49 tenían diagnóstico de anorexia ($M = 20$, $D.E. = 4.5$); 49 de bulimia ($M = 20.5$, $D.E. = 3.6$) y 56 no presentaban sintomatología asociada con TCA ($M = 20.2$, $D.E. = 3.8$). No hubo diferencias significativas respecto a la edad ($F[2,151] = .235$, $p = .791$).

El nivel educativo se evaluó conforme al número de años de estudios, mostrando un promedio de 12.8 años ($D.E. = 2.7$). El 95% eran solteras y 5% casadas. En relación al nivel socioeconómico, 83% eran de nivel bajo, 12% de nivel medio y 5% de nivel alto, de acuerdo a los criterios de Leñero (1994).

Las participantes de los grupos con anorexia (AN) y bulimia (BN) se seleccionaron entre quienes habían solicitado atención médica en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México y que

fueron diagnosticadas con algún tipo de TCA por médicos psiquiatras a través de una entrevista clínica y según los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, o DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001).

De acuerdo a los reportes médicos, durante la evaluación diagnóstica ninguna mostraba patologías psiquiátricas en comorbilidad, ni algún tipo de daño orgánico que les impidiera responder adecuadamente los instrumentos.

El grupo sin TCA (STCA) se seleccionó de manera no probabilística e intencional en diversos lugares públicos, como escuelas y centros comerciales, tomando como criterios de selección que se igualaran en edad y escolaridad a las participantes con TCA y que no padecieran ninguna patología alimentaria, lo cual se comprobó mediante el Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación (Garnel y Garfinkel, 1979).

Instrumentos

Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE)

Este instrumento fue adaptado y validado para México por Lara (1993), a partir del Inventario de Roles Sexuales de Bem (1974). Está constituido por 60 adjetivos, y los sujetos deben responder en una escala Likert de siete opciones, que van desde “nunca o casi nunca soy así”, hasta “siempre o casi siempre soy así”. El inventario consta de cuatro escalas correspondientes a cuatro posibles roles de género: masculinidad ($\alpha = .89$), feminidad ($\alpha = .82$), machismo ($\alpha = .80$) y sumisión ($\alpha = .65$). Las dos primeras escalas corresponden a las características saludables o positivas de los roles de género, y las dos últimas a rasgos poco adecuados o negativos tanto en hombres como en mujeres.

Este inventario permite la variación de las instrucciones dependiendo del tipo de información que se desee obtener. En este caso, se solicitó a las participantes que contestaran dos preguntas respecto al adjetivo en cuestión (“¿Cómo soy?” y “¿Cómo me gustaría ser?”) a fin de obtener datos acerca de su rol de género autodescrito y de su ideal personal, respectivamente.

A pesar de que hay instrumentos similares de construcción más reciente, se eligió el IMAFE porque posee la particularidad de que permite la

variación de las instrucciones, adecuando su aplicación a los propósitos de un estudio específico. Cabe decir que con otros instrumentos no se hubieran obtenido los datos requeridos.

Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40)

El EAT (por sus siglas en inglés) fue estandarizado en México por Álvarez et al. (2004), quienes lo adaptaron del Eating Attitudes Test desarrollado por Garnel y Garfinkel (1979). Es un cuestionario de autorreporte que consta de 40 reactivos en una escala Likert de seis puntos que van de “nunca” a “siempre”.

Evalúa conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación; en población mexicana tiene un alto nivel de confiabilidad interna ($\alpha = .93$). Consta de cinco factores: dieta restrictiva ($\alpha = .88$), bulimia ($\alpha = .87$), motivación para adelgazar ($\alpha = .85$), preocupación por la comida ($\alpha = .77$) y presión social percibida ($\alpha = .76$). Con frecuencia se le utiliza como un instrumento de tamizaje, puesto que la puntuación total obtenida hace posible conocer si la persona muestra síntomas de TCA.

En este estudio, se le utilizó únicamente para corroborar que el grupo sin TCA no exhibiera ningún tipo de sintomatología asociada con dicho padecimiento, por lo que se aplicó únicamente al grupo de contraste. Solo se consideraron para el estudio quienes puntuaron por debajo de 21, de acuerdo con los puntos de corte propuestos por Álvarez et al. (2004).

Procedimiento

Los primeros dos grupos (AN y BN) los conformaron mujeres que tras solicitar atención médica eran valoradas por un psiquiatra especializado, quien determinaba el diagnóstico y llevaba a cabo las pruebas físicas correspondientes. Una vez diagnosticadas, se canalizaban para su valoración al servicio de atención psicológica del hospital. Tras obtener el consentimiento informado de las participantes, se les aplicó el IMAFE en un consultorio y únicamente en presencia del evaluador.

Para conformar el tercer grupo de personas sin TCA (STCA), se aplicó el EAT-40 y el IMAFE a mujeres que de manera informada aceptaron participar en el estudio. Posteriormente, aquellas que

obtuvieron un puntaje total igual o menor a 21 en el EAT-40 conformaron el tercer grupo. Cuando los grupos estuvieron integrados, se calificó el IMAFE y se llevó a cabo el análisis estadístico. Primeramente, se describieron los valores promedio de los dos aspectos evaluados del rol de género (auto-descripción e ideal personal) y, por medio de un ANOVA de una vía, se observó en qué características diferían los grupos. Por último, se obtuvo el grado de ajuste al rol de género restando el valor del ideal personal del puntaje de autodescripción,

buscándose las diferencias entre los grupos por medio de un ANOVA de una vía.

RESULTADOS

De acuerdo con los datos, las mujeres en general (sin importar el grupo al que pertenecían: AN, BN o STCA) deseaban tener más características positivas, tanto masculinas como femeninas, y menos negativas (machismo y sumisión) de las que consideraban poseer (Tabla 1).

Tabla 1. Rol de género autodescrito e ideal personal en AN, BN y STCA.

Aspectos del rol de género		AN		BN		STCA	
		\bar{x}	D.E.	\bar{x}	D.E.	\bar{x}	D.E.
Autodescripción	Masculinidad	3.50	.81	4.26	1.08	4.73	.73
	Feminidad	4.28	.89	4.54	.86	5.03	.82
	Machismo	3.44	.68	3.72	1.02	3.17	.71
	Sumisión	4.61	1.38	3.79	1.35	2.77	.70
Ideal personal	Masculinidad	5.71	.57	5.87	.43	5.87	.70
	Feminidad	5.32	.76	5.52	.69	5.60	.82
	Machismo	3.09	.85	3.01	.82	2.81	.63
	Sumisión	1.93	.59	1.88	.65	1.92	.52

AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; STCA = Sin TCA.

Para probar la existencia de diferencias entre los grupos respecto al rol de género autodescrito, se llevó a cabo un ANOVA simple. En este caso, se ob-

servaron diferencias entre los grupos en las cuatro escalas del rol de género (Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias entre AN, BN y STCA en cuanto al rol de género autodescrito.

Rol de género	Fuentes de variación	gl	Media cuadrática	F	
Masculinidad	Entre grupos	39.249	2	19.647	25.143**
	Intragrupos	117.992	151	.781	
	Total	157.287	153		
Feminidad	Entre grupos	15.162	2	7.581	10.178**
	Intragrupos	112.474	151	.745	
	Total	127.637	153		
Machismo	Entre grupos	7.817	2	3.909	5.825**
	Intragrupos	101.322	151	.671	
	Total	109.139	153		
Sumisión	Entre grupos	89.724	2	44.862	32.810**
	Intragrupos	206.466	151	1.367	
	Total	296.190	153		

** $p < .01$

Posteriormente, se hicieron comparaciones múltiples para conocer con exactitud qué grupos mostraban las diferencias; así, las escalas del rol de género que, de acuerdo al estadístico de Levene, mostraron tener homogeneidad de varianzas fueron so-

metidas a un análisis de Tukey, y aquellas cuyas varianzas diferían, a un análisis de Games Howell. De esta manera, para Masculinidad (9.807, $p = .000$), Machismo (7.101, $p = .001$) y Sumisión (17.926, $p = .000$) se empleó la técnica de Ga-

mes Howell, y únicamente para Feminidad (.336, $p = .715$) la de Tukey.

Los resultados indican que, en lo que respecta a Masculinidad, el grupo STCA tuvo el puntaje más alto, seguido por BN y finalmente por AN; en la Feminidad, únicamente surgieron diferencias entre STCA y los grupos clínicos; el grupo STCA alcanzó mayores puntajes de feminidad que los otros dos grupos. En cuanto al Machismo, únicamente hubo diferencias entre STCA y BN; este último obtuvo los puntajes más altos. Finalmen-

te, el grupo con AN obtuvo los puntajes más altos en Sumisión, seguido del BN y del STCA. Además, se calculó el tamaño del efecto por pares por medio de la d de Cohen, que permite conocer la magnitud de la diferencia entre los grupos; así, se considera que la discrepancia será pequeña si el valor de d está entre .20 y .49, mediana si es de .50 a .79, y grande cuando es de .80 o más (Cohen, 1988). En este caso, la magnitud de las diferencias que resultaron significativas van de medianas a grandes (Tabla 3).

Tabla 3. Comparaciones múltiples en el rol de género autodescrito.

Rol de género	Comparaciones	Diferencia de medias	d
Masculinidad ^{GH}	Sin TCA vs. AN	1.22**	1.59
	Sin TCA vs. BN	.46*	.50
	AN vs. BN	.75**	-.79
Feminidad ^T	Sin TCA vs. AN	.74**	.87
	Sin TCA vs. BN	.49*	.58
	AN vs. BN	.25	-.29
Machismo ^{GH}	Sin TCA vs. AN	.27	-.38
	Sin TCA vs. BN	.54*	-.62
	AN vs. BN	.27	-.32
Sumisión ^{GH}	Sin TCA vs. AN	1.84**	-1.68
	Sin TCA vs. BN	1.01**	-.94
	AN vs. BN	.82*	.60

AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; STCA = Sin TCA.

GH = Se analizó por medio de Games Howell; T = Se analizó por medio de Tukey.

* $p < .05$

** $p < .01$

Para conocer las diferencias entre los grupos respecto al ideal personal del rol de género, se realizó un ANOVA simple, pero no se encontraron diferencias en ninguna de las cuatro escalas del rol de género: Masculinidad: $F(2.151) = 1.204$, $p = .303$; Feminidad: $F(2.151) = 1.797$, $p = .169$; Machismo: $F(2.151) = 1.887$, $p = .155$, y Sumisión: $F(2.151) = .082$, $p = .921$.

Luego, se obtuvo un puntaje de ajuste al rol de género (Klingspor, 2002; Mendoza et al., 2013) de cada participante restando el puntaje del rol de género ideal a la puntuación de la autodescripción.

Los valores del ajuste al rol de género no tienen punto de corte, por lo que no es posible decidir qué puntuación es saludable y cuál no lo es; sin embargo, un buen ajuste supone que el rol autodescrito y el rol ideal asumen valores muy cercanos entre sí (Sawdon et al., 2007); es decir, la discrepancia entre el rol autodescrito y el rol de género ideal personal será mínima en una persona bien ajustada a su rol. Por ello, entre más alejado de 0 esté el puntaje (ya sea positiva o negativamente), más desajuste habrá. En la Tabla 4 se presentan los descriptivos del caso.

Tabla 4. Ajuste respecto al ideal personal del rol de género en anorexia, bulimia y sin TCA.

Rol de género	AN		BN		STCA	
	\bar{x}	D.E.	\bar{x}	D.E.	\bar{x}	D.E.
Masculinidad	-2.20	.90	-1.61	1.11	-1.14	.58
Feminidad	-1.03	.99	-.98	.77	-.57	.66
Machismo	.35	1.02	.70	1.50	.36	.55
Sumisión	2.68	1.63	1.90	1.24	.84	.66

AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; STCA = Sin TCA.

También por medio de un ANOVA simple se buscaron las diferencias entre los grupos respecto al ajuste al rol de género. Como puede observarse

en la Tabla 5, hubo diferencias en las escalas de Masculinidad, Feminidad y Sumisión, pero no de Machismo.

Tabla 5. Diferencias entre AN, BN y STCA en el ajuste al rol de género.

Ajuste al rol de género	Fuentes de variación		gl	Media cuadrática	F
Masculinidad	Entre grupos	29.468	2	14.734	18.895**
	Intragrupos	117.743	151	.780	
	Total	147.211	153		
Feminidad	Entre grupos	6.951	2	3.476	5.198**
	Intragrupos	100.956	151	.669	
	Total	107.907	153		
Machismo	Entre grupos	3.956	2	1.978	1.706
	Intragrupos	175.120	151	1.160	
	Total	179.076	153		
Sumisión	Entre grupos	89.501	2	44.751	29.738**
	Intragrupos	227.226	151	1.505	
	Total	316.727	153		

**p < .01

Por último, se hicieron comparaciones múltiples por medio de la técnica de Games Howell, puesto que el estadístico de Levene mostró que ninguna de las tres escalas donde la F resultó significativa tienen varianzas iguales: Masculinidad: 13.706, $p = .000$; Feminidad: 7.486, $p = .001$, y Sumisión:

17.521, $p = .000$. En las tres escalas el grupo con AN presenta las mayores discrepancias, seguido por BN y al último por STCA. También en este caso se calculó el tamaño del efecto. Los valores de d para las diferencias que resultaron significativas se encuentran entre medianas y grandes (Tabla 6).

Tabla 6. Comparaciones múltiples de Games Howell en el ajuste al rol de género.

Rol de género	Comparaciones	Diferencia de medias	d
Masculinidad ^{GH}	Sin TCA vs. AN	1.06**	1.40
	Sin TCA vs. BN	.46*	.53
	AN vs. BN	.59*	-.58
Feminidad ^{GH}	Sin TCA vs. AN	.46*	.54
	Sin TCA vs. BN	.41*	.57
	AN vs. BN	.05	-.05
Machismo ^{GH}	Sin TCA vs. AN	.00	.01
	Sin TCA vs. BN	.34	-.30
	AN vs. BN	.34	-.27
Sumisión ^{GH}	Sin TCA vs. AN	1.83**	-1.47
	Sin TCA vs. BN	1.05**	-1.06
	AN vs. BN	.78*	.53

AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; STCA = Sin TC;

GH = Se analizó por medio de Games Howell.

*p < .05

**p < .01

DISCUSIÓN

Los TCA aparecen con mayor frecuencia en las mujeres que en los varones (Peláez et al., 2006;

Smink et al., 2012), y es por ello que se les ha relacionado con los roles de género. El presente estudio partió del supuesto de que no sólo la forma en que se asumen los roles de género pueden tener

relación con los TCA, sino que la diferencia entre la autopercepción del mismo y el ideal que se desea alcanzar puede resultar una variable importante en el marco de los TCA, toda vez que si el autoconcepto aparece lejano del ideal, se puede producir malestar en los individuos, mientras que las congruencias resultan en bienestar (Sawdon et al., 2007).

Si hay diferencias en la percepción y el ideal del rol de género (es decir, si existe un desajuste en la forma como se asume el rol), es posible que se genere una insatisfacción que se añada –y se relacione– a la insatisfacción con la figura corporal característica de los TCA.

Por tanto, se evaluó el rol de género auto-descrito y el rol de género ideal personal para obtener un puntaje de ajuste al rol de género, y a la vez se compararon tres grupos respecto a dichas variables: un grupo de mujeres con anorexia (AN), un grupo con bulimia (BN) y un grupo sin TCA (STCA).

Los resultados con respecto a la autodescripción del rol de género indican que las participantes del grupo STCA tienen la percepción de que poseen características positivas de ambos roles de género, mientras que los grupos clínicos (AN y BN) se perciben con rasgos propios de las características negativas de los roles de género (machismo y sumisión). De esta manera, el grupo STCA actúa de modo andrógino, es decir –y de acuerdo con la propuesta de Bem (1974)–, desempeñan características masculinas y femeninas al mismo tiempo, lo que resulta ser un factor protector de la salud en general, puesto que cuando una persona posee características positivas de ambos roles de género, tales como ser fuerte, segura de sí misma, independiente, comprensiva y amigable, entre otras, cuenta con mayor capacidad para adaptarse a cualquier situación que se le presente, mientras que los roles estereotipadamente rígidos restringen el repertorio de comportamientos. Así, las personas andróginas son capaces de modificar sus respuestas en cuanto que tienen un considerable repertorio de conductas para elegir de acuerdo a sus necesidades y a las demandas de la situación, sin importar si son masculinas o femeninas. Los individuos andróginos son, por lo tanto, más capaces de afrontar de mejor manera sus problemas (Behar et al., 2002; Bem, 1974; Cheng, 2005), más salu-

dables y tienen una mejor calidad de vida (Gale-Ross, Baird y Towson, 2009; Huang, Zhu, Zheng, Zhang y Shiomi, 2012; Woodhill y Samuels, 2003), mayor autoestima, creatividad (Keller, Lavish y Brown, 2007), inteligencia emocional (Guastello y Guastello, 2003) e incluso salud mental (Lefkowitz y Zeldow, 2006), que aquellos que restringen su conducta a los roles tradicionales.

El que el grupo STCA posea más características positivas de la masculinidad coincide con otras investigaciones en que tampoco se ha encontrado asociación entre la sintomatología propia de los TCA y las características masculinas del rol de género (Behar et al., 2002; Hepp et al., 2005; Meyer et al., 2001), y el hecho de que el grupo STCA posea más características femeninas positivas también es congruente con los resultados de otros estudios (Hepp et al., 2005). Además, se ha visto que cuando las personas muestran bajos niveles de características masculinas y femeninas (lo que es considerado un rol indiferenciado), tal como ocurre con los grupos clínicos AN y BN de este estudio, pueden manifestar síntomas propios de los TCA (Pritchard, 2008; Ravaldi et al., 2006).

En otros estudios (Behar et al., 2002; Meyer et al., 2001; Swami y Abbasnejad, 2010) se ha afirmado la existencia de una relación entre la sintomatología de los TCA y la feminidad; sin embargo, es probable que únicamente algunas características de esta última estén relacionadas con dichos padecimientos, pues es necesario considerar que en la mayoría de las investigaciones únicamente se habla de feminidad en general, sin hacer distinciones entre las características positivas y negativas de la misma.

Por ejemplo, los resultados del presente estudio permiten suponer que sólo las características negativas del rol de género femenino, es decir, las sumisas, son las que están relacionadas con los TCA, puesto que en el grupo con AN la sumisión autopercebida resultó predominante, lo que coincide con los resultados de otros estudios (Bosques, 2003) y permite suponer que el factor asociado a los TCA no es la feminidad en sí sino sus rasgos negativos. Es probable que las mujeres con TCA deseen poseer características femeninas como cualquiera otra; sin embargo, debido a que las personas que padecen anorexia suelen ser sumamente perfeccionistas –característica que se dis-

tingue por la búsqueda de metas y objetivos muy elevados, así como por un intenso temor al fracaso y evitación del mismo (Forbush, Heatherton y Keel, 2007; Polivy y Herman, 2002; Scappatura, Arana, Elizathe y Rutzstein, 2011)—, exageren la feminidad y se sobreinscriban en la sumisión.

El grupo con BN mostró una mayor cantidad de atributos machistas, lo que resulta interesante porque en ningún estudio previo se han reportado resultados similares. Puesto que el machismo puede confundirse con el rol masculino, podría ser que las mujeres que padecen BN intenten adherirse a dicho rol, pero que, al tratar alcanzar su objetivo, adopten rasgos de masculinidad machistas. Además, las características masculinas negativas, tales como ser dominante, ambicioso, arrogante, agresivo, malhablado, autoritario, egoísta, rudo o incomprensivo, pueden estar asociadas a la impulsividad que comúnmente presentan las personas que padecen bulimia (Polivy y Herman, 2002; Rosval et al., 2006; Waxman, 2009).

En cuanto al ideal personal del rol de género, no se encontraron diferencias entre los grupos; pese a ello, considerando las cuatro escalas, las características que más se desean son las masculinas y las femeninas, seguidas por las machistas y las sumisas. Todas las participantes (con y sin TCA) deseaban ser más masculinas de lo que consideraban ser, y menos sumisas de lo que creían que eran, lo cual coincide con lo hallado en el estudio de Mendoza et al. (2013).

En cuanto al ajuste al rol de género, las discrepancias fueron mayores en los grupos con TCA (AN y BN) que en el grupo STCA en tres de las cuatro escalas, de manera que en las escalas de masculinidad, feminidad y sumisión hubo mayores distancias entre el rol que desempeñaban y el que les gustaría. Así, los rangos en los cuales se encuentran dichas discrepancias muestran que los grupos clínicos presentaron un menor ajuste que el grupo STCA. Es posible que tal desajuste sea reflejo de la insatisfacción que manifestaban con respecto a su forma de ser. En otros estudios se ha hallado que incongruencias de este tipo pueden tener como resultado problemas de salud (Sawdon et al., 2007), y en este caso, de manera similar a lo ocurrido en estudios anteriores (Bosques, 2003; Klingspor, 2002), los datos muestran que las dis-

crepancias se asociaron con los síntomas propios de los TCA.

No obstante, el ajuste al rol de género es una variable poco explorada en el ámbito de los TCA. Como se ha mencionado con anterioridad, es posible que este sea un factor aún más significativo que el rol en sí mismo, por lo que habría que llevar a cabo más estudios al respecto. Los resultados obtenidos en esta investigación sustentan la hipótesis de que la discrepancia entre el rol de género que desempeñan las chicas con TCA y el rol que les gustaría desempeñar puede ser un factor asociado al desarrollo y mantenimiento de dichos desórdenes. Incluso es posible observar algunas diferencias en la magnitud de las discrepancias entre los grupos subdiagnósticos de los TCA, por lo que podría ser que la etiología de uno u otro diagnóstico estuviera relacionada con la dimensión del rol de género en la que se encuentre la discrepancia.

Es importante mencionar que este estudio presenta algunas limitaciones, como la falta de evaluación de otras variables que podrían influir en el rol de género, tales como la edad de inicio del padecimiento, pues entre más joven se es, también es mayor el cuestionamiento acerca de los roles establecidos por la sociedad (Benjet et al., 2009). También será necesario considerar a futuro el empleo de grupos de mayor tamaño. Finalmente, no se abordó aquí el ajuste respecto a la prescripción social del rol de género, es decir, la posible discrepancia entre cómo se percibe el individuo y cómo considera que la sociedad le exige que sea.

En conclusión, los resultados permiten afirmar que las características negativas masculinas y femeninas, así como las mayores discrepancias en el ajuste al rol de género, son propios de los grupos con TCA (AN y BN), mientras que las características positivas de la masculinidad y la feminidad caracterizan al grupo STCA. De manera especulativa, se propone que las características englobadas como masculinas y femeninas positivas podrían ser un factor protector ante un TCA, mientras que las características sumisas y machistas lo son de riesgo. Además, se abre la posibilidad de que las mujeres que desarrollan un TCA en respuesta a las demandas sociales, se esfuercen por adherirse al rol femenino o al masculino, y se sobreinscriban en el estereotipo de ambos roles, desem-

peñando características machistas y sumisas que constituyen un riesgo para su salud y que posiblemente contribuyen al desarrollo y mantenimiento del trastorno. Igualmente, es necesario resaltar que, a diferencia de las participantes del grupo STCA, las diagnosticadas mostraron un menor ajus-

te a su rol, lo que puede generar una considerable insatisfacción consigo mismas. Sin embargo, hace falta llevar a cabo estudios más complejos en este ámbito para conocer de manera más certera la relación entre tales variables.

REFERENCIAS

- Álvarez G., L., Mancilla J., M., Vázquez, R., Unikel, C., Caballero, A. y Mercado, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders*, 9(4), 243-248.
- American Psychiatric Association (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Behar, R., De la Barrera, M. y Michelotti, J. (2002). Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Revista Médica de Chile*, 130(9), 964-975. DOI: 10.4067/S0034-98872002000900002.
- Bekker, M.H.J. y Boselie, K.A.H.M. (2002). Gender and stress: is gender role stress? A re-examination of the relationship between feminine gender role stress and eating disorders. *Stress and Health*, 18, 141-149. DOI: 10.1002/smi.933.
- Bem, S.L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155-162. DOI: 10.1037/h0036215.
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M.E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México, *Salud Mental*, 31(2), 155-163.
- Blashill, A.J. (2011). Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: A meta-analysis. *Body Image*, 8, 1-11. DOI: 10.1016/j.bodyim.2010.09.002.
- Bosques L., E. (2003). *Evaluación de la relación entre los roles de género y la sintomatología de trastorno alimentario*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en línea: www.dgbiblio.unam.mx.
- Cheng, C. (2005). Processes underlying gender-role flexibility: Do androgynous individuals know more or know how to cope? *Journal of Personality*, 73(3), 645-673. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2005.00324.x.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Forbush, K., Heatherton, T.D. y Keel, P.K. (2007). Relationship between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 37-41. DOI: 10.1002/eat.
- Gale-Ross, R., Baird, A. y Towson, S. (2009). Gender role, life satisfaction, and wellness: Androgyny in a Southwestern Ontario sample. *Canadian Journal on Aging*, 28(2), 135-146. DOI: 10.1017/S0714980809090187.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279. DOI: 10.1017/S0033291700030762.
- Guastello, D.D. y Guastello, S.J. (2003). Androgyny, gender role behavior, and emotional intelligence among college students and their parents. *Sex Roles*, 49(11/12), 663-673. DOI: 10.1023/B:SERS.0000003136.67714.04.
- Hepp, U., Spindler, A. y Milos, G. (2005). Eating disorder symptomatology and gender role orientation. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 227-233. DOI: 10.1002/eat.20087.
- Huang, X., Zhu, X., Zheng, J., Zhang, L. y Shiomi, K. (2012). Relationships among androgyny, self-esteem, and trait coping style of Chinese university students. *Social Behavior and Personality*, 40, 1005-1014. DOI: 10.2224/sbp.2012.40.6.1005.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2007). *El impacto de los estereotipos y los roles de género en México*. México: Autor. Disponible en línea: http://www.cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf.
- Keller, C.J., Lavish, L.A. y Brown, C. (2007). Creative styles and gender roles in undergraduates students. *Creativity Research Journal*, 19, 273-280. DOI: 10.1080/10400410701397396.
- Klingenspor, B. (2002). Gender-related, self-discrepancies and bulimic eating behaviour. *Sex Roles*, 47(1/2), 51-64.
- Lara, M.A. (1993). *Inventario de masculinidad y feminidad*. México: El Manual Moderno.
- Lefkowitz, E.S. y Zeldow, P.B. (2006). Masculinity and femininity predict optimal mental health: A belated test of the androgyny hypothesis. *Journal of Personality Assessment*, 87, 95-101. DOI: 10.1207/s15327752jpa8701_08.
- Leñero, L. (1994). *Las familias en la Ciudad de México. Investigación social sobre la variedad de las familias, sus cambios y perspectivas de fin de siglo*. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales.
- Matud M., P., Rodríguez, C., Marrero, R. y Carballería, M. (2002). *Psicología del género: Implicaciones en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Mendoza J., I., González K., E. y Silva, C. (2013). Autopercepción, ideal personal y prescripción social del rol de género con relación a las actitudes hacia la alimentación en un grupo de mujeres adolescentes. *Psicología y Salud*, 23(1), 63-73.
- Mensingher, J.L., Bonifazi, D.Z. y La Rosa, J. (2007). Perceived gender role prescriptions in schools, the superwoman ideal, and disordered eating among adolescent girls. *Sex Roles*, 57, 557-568. DOI: 10.1007/s11199-007-9281-6.
- 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. DOI: 10.1002/eat.1024.
- Mussap, A.J. (2007). Short communication: the relationship between feminine gender role stress and disordered eating symptomatology in women. *Stress and Health*, 23, 343-348. DOI: 10.1002/smi.1152.
- Peláez, M., Labrador, F. y Raich, R. (2006). Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España. En J. Mancilla y H. Gómez (Eds.): *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: McGraw-Hill.
- Polivy, J. y Harman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213. DOI: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103.
- Pritchard, M. (2008). Disordered eating in undergraduates: Does gender role orientation influence men and women the same way? *Sex Roles*, 59(3/4), 282-289. DOI: 10.1007/s11199-008-9449-8.
- Ravaldi, C., Vanacci, A., Bolognesi, E., Mancini, E., Faravelli, C. y Ricca, V. (2006). Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 529-535. DOI: 10.1016/j.psychores.2006.04.016.
- Rosval, L., Steiger, H., Bruce, K., Israël, M., Richardson, J. y Aubut, M. (2006). Impulsivity in women with eating disorders: Problem of response inhibition, planning or attention? *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 590-593. DOI: 10.1002/eat.20296.
- Sawdon, A.M., Cooper, M. y Seabrook, R. (2007). The relationship between self-discrepancies, eating disorders and depressive symptoms in women. *European Eating Disorders Review*, 15, 207-212.
- Scappatura, M.L., Arana, F., Elizathe, L. y Rutzstein, G. (2011). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentarios: un estudio de revisión. *Anuario de Investigaciones*, 18, 81-88.
- Silva, C., Mendoza J., I. y González K., E. (en prensa). Varones adolescentes: rol de género y actitudes hacia el peso y la alimentación. *Revista Mexicana de Psicología*.
- Smink, F.R.E., Van Hoeken, D. y Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. DOI: 10.1007/s11920-012-0282-y.
- Swami, V. y Abbasnejad, A. (2010). Associations between femininity ideology and body appreciation among British female undergraduates. *Personality and Individual Differences*, 48, 685-687. DOI: 10.1016/j.paid.2009.12.017.
- Waxman, S.E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 408-425. DOI:10.1002/erv.952.
- Woodhill, B.M. y Samuels, C.A. (2003). Positive and negative androgyny and their relationship with psychological health and well-being. *Sex Roles*, 48 (11/12), 555-565. DOI: 10.1023/A:1023531530272.