

TFM Carlos Sánchez Polo

por Carlos Sánchez Polo

ARCHIVO	86893_CARLOS_SANCHEZ_POLO_TFM_CARLOS_SANCHEZ_POLO_1651689_534700477.PDF (479.71K)		
HORA DE LA ENTREGA	05-MAY.-2020 05:24P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	12048
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1316645670	SUMA DE CARACTERES	64480

Carlos
Sánchez
Polo



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, el género y las actitudes sexistas

Autor/a: Carlos Sánchez Polo

Director/a Profesional: Elena Gállegos de las Heras

Director/a Metodológico/a: Mónica Terrazo Felipe

Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, el género y las actitudes sexistas



MADRID | Mayo, 2020

Resumen

El objetivo de esta investigación es estudiar si la insatisfacción con la imagen corporal está relacionada con el género femenino y el sexismo. Han participado 262 sujetos de edades comprendidas entre los 18 y los 25 años. Se han utilizado tres cuestionarios: el Inventario del Rol Sexual de Bem (BSRI); dos escalas del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ), que son la Evaluación de la apariencia y la Satisfacción con las áreas corporales; y el Inventario de Sexismo Ambivalente (ASI). Los análisis estadísticos realizados, han sido: correlaciones de Spearman, ANOVA de un factor y análisis de Kruskal-Wallis. Los resultados muestran relaciones significativas positivas entre Sexismo y la Evaluación de la apariencia y la Satisfacción con las áreas del cuerpo. A su vez, se han confirmado varias diferencias significativas: las personas femeninas puntúan más alto en Evaluación de la apariencia que las indiferenciadas, las personas andróginas puntúan más alto en Satisfacción con las áreas corporales que las femeninas y los hombres femeninos puntúan más bajo en Satisfacción con las áreas corporales que los indiferenciados.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, satisfacción con la imagen corporal, género, sexismo

Abstract

The aim of this research is to study if dissatisfaction with body image is related to female gender and sexism. A total of 262 subjects between the ages of 18 and 25 participated. Three questionnaires were used: the Bem Sexual Role Inventory (BSRI); two scales of the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ), which are the Appearance evaluation and the Body areas satisfaction; and the Ambivalent Sexism Inventory (ASI). The statistical analyses carried out were: Spearman correlations, ANOVA of one factor and Kruskal-Wallis analysis. The results show significant positive relationships between Sexism and the Appearance evaluation and Body areas satisfaction. In turn, several significant differences have been confirmed: female people score higher on Appearance evaluation than undifferentiated, androgynous people score higher on Body areas satisfaction than female people and female men score lower on Body areas satisfaction than undifferentiated.

Key words: eating disorders, satisfaction with body image, gender, sexism.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un tipo de psicopatología grave caracterizada por una serie de creencias, actitudes, comportamientos y emociones que giran en torno a la preocupación por la comida, el peso y la imagen corporal (Caballo, Salazar y Carrobles, 2014; Martínez-González *et al.*, 2014).

La bulimia nerviosa (BN) y la anorexia nerviosa (AN), particularmente, son trastornos mentales producidos por múltiples causas, y se caracterizan por una falta de toma de conciencia y por una escasa motivación para el cambio (Carolina y Janet, 2011). Lo más relevante es la existencia de una percepción distorsionada del cuerpo, una importante insatisfacción con el físico, una excesiva preocupación por la apariencia corporal y una serie de alteraciones del comportamiento destinadas a alcanzar ese ideal de delgadez (Martínez-González *et al.*, 2014).

En el presente trabajo nos centraremos en la relevancia de la insatisfacción de la imagen corporal en los Trastornos de alimentación, tratando de hallar su relación con dos variables culturales que comentaremos más adelante. Por ello, nos focalizaremos en aquellos tipos de TCA que presenten de manera nuclear esta característica.

Se pueden encontrar varios subtipos. Los más conocidos son la AN y BN, dentro de las cuales se ha observado que hasta el 50% de las pacientes del primer grupo desarrollan después BN (Caballo *et al.*, 2014; Steinhausen, 2009). Sin embargo, tanto el DSM-IV-TR como el CIE-10 reconocen también la existencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE), dentro de los cuales se encuentran el Trastorno por Atracón (TA) (Caballo *et al.*, 2014; Carolina y Janet, 2011). Esta última categoría, tal y como afirman Zimmerman, Francione-Witt, Chelminski, Young y Tortolani (2008), incluye todos aquellos casos en los que no se alcanzan los criterios necesarios para una AN o BN.

Por ello, el DSM-5 también ha introducido este subgrupo, pero con ciertos ajustes que han permitido ser más precisos en el diagnóstico. Todo ello con el objetivo de mejorar el abordaje terapéutico (Arancibia, 2014; Fairburn y Cooper, 2011; Machado, Conçalves y Hoek, 2013; Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz, 2015).

Dentro de estos trastornos, en lo que concierne a lo conductual, es muy común una gran cantidad de comportamientos destinados a controlar el peso y la imagen corporal (Carolina y Janet, 2011; Martínez-González *et al.*, 2014; Polivy y Herman, 2002). Lo más característico es una notable restricción alimentaria y el ejercicio físico, así como todo tipo de rituales que giran en torno a la preocupación por la figura corporal (Caballo *et al.*, 2014). Además, en algunos y, en función de cada caso clínico, se dan episodios de atracón y conductas purgativas compensatorias (Caballo *et al.*, 2014; Carolina y Janet, 2011; Peláez, Raich y Labrador, 2010; Polivy y Herman, 2002).

El hecho de que las personas afectadas sientan placer al observar los logros que consiguen sobre su cuerpo, actuaría como un reforzador positivo, o el hecho de que calmen la ansiedad con estas conductas, como reforzador negativo; probabilizando la aparición de dicha conducta en el futuro (Froján-Parga y Santacreu-Mas, 1999).

Por otro lado, dentro de lo cognitivo encontraremos creencias asociadas a un ideal de delgadez. Es muy probable una asociación del concepto de delgada con el éxito; algo muy propio de las sociedades occidentales. De manera que este ideal adquirirá un lugar central en su autoconcepto e identidad. (Caballo *et al.*, 2014; Martínez-González *et al.*, 2014).

Además, la distorsión de la imagen corporal tiene un papel nuclear dentro de lo cognitivo. Es un factor predisponente para el trastorno y que se mantiene durante el transcurso de éste, por lo que su abordaje es fundamental, así como su detección precoz a modo de prevención. (Caballo *et al.*, 2014; Sepúlveda, Botella y León, 2001).

En lo que respecta a los componentes más emocionales y fisiológicos, nos encontramos con emociones tales como la preocupación, ansiedad, tristeza, irritabilidad, asco, entre otras; todas ellas alrededor del peso y su imagen (Martínez-González *et al.*, 2014). Además, también se ha encontrado literatura que habla de una correlación con alexitimia, encontrándose una tasa del 57,1% en pacientes con anorexia y del 41,7% en paciencia con bulimia, en contraste con un 6,7% de prevalencia en población sin ningún trastorno de alimentación (Behar, 2011).

Por otro lado, con lo que respecta a la etiopatogenia de esos trastornos, dentro de los diferentes modelos explicativos de inicio, precipitación y mantenimiento, el objetivo del presente estudio es destacar algunos factores relevantes en la aparición de esta psicopatología.

Entre algunos ellos, pueden encontrarse el perfeccionismo (Pamies y Quiles, 2014); la autocrítica (Kelly y Carter, 2013); la insatisfacción con la imagen corporal (Behar, Vargas y Cabrera, 2011); antecedentes familiares de adicciones, obesidad, trastornos alimentarios y trastornos afectivos (Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes y Lackstrom, 1993); el género femenino (Behar *et al.*, 2011; Murnen y Smolak, 1997; Vega, 2007); la baja autoestima (Cruz-Sáez, Pascual, Wlodarczyk y Echeburúa, 2018); y la cultura occidental que propugna un ideal de belleza sustentado en la absoluta delgadez. (Behar, 2010; Caballo *et al.*, 2014; Polivy y Herman, 2002; Litmanen, Fröjd, Marttunen, Isomaa y Kaltiala-Heino, 2017).

En esta investigación, se pretende encontrar, más en concreto, si el género femenino y las actitudes sexistas son relevantes para el desarrollo de una insatisfacción con la imagen corporal. De hecho, la feminidad tal y como se ha visto en el párrafo anterior (Behar *et al.*, 2011), actúa como factor de riesgo para el desarrollo de un TCA.

Insatisfacción con la imagen corporal

Entendemos la imagen corporal como la percepción que se tiene sobre la propia apariencia física. Es una representación mental de nuestro cuerpo. No obstante, esta definición quedaría incompleta si no señalamos que también tiene un componente evaluativo. Es decir, la persona evalúa su propia apariencia, quedando más o menos satisfecha (Kling *et al.*, 2019; Torres y Toro, 2012).

Estamos ante un concepto de diversas dimensiones. Ya que incluye el cómo la persona percibe su propio cuerpo, las creencias y comportamientos que tiene asociadas al mismo, así como el conjunto de sentimientos evaluativos que se encuentran dentro de un continuo que va de lo positivo a lo negativo (Blanco, Viciano, Aguirre, Zueck y Benavides, 2017; Glashouwer, Neimeijer, Koning, Vestjens y Martijn, 2018).

Dicha representación la elaboramos desde nuestro nacimiento, y todo ello a partir de la interacción del organismo, a través de los sentidos, con el medio (Martínez-Fornés, 1994). Se trata de un proceso gradual por el cual vamos adquiriendo lentamente una percepción valorativa de lo que somos (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007). La construcción de la imagen corporal es esencial, ya que conforma parte de nuestro autoconcepto y nos genera un sentimiento de identidad diferenciada del resto (Martínez-Fornés, 1994). Es de hecho, en la adolescencia cuando adquiere un papel protagonista

en el desarrollo de los individuos, estando muy vinculada a la autoestima (Rivarola, 2003).

La estructura cerebral implicada en este proceso es el lóbulo temporal. Es precisamente esta área la que se encuentra afectada en casos de AN (Martínez-Fornés, 1994). No obstante, también están involucradas la corteza somatosensorial, la ínsula y el lóbulo parietal posterior (Melzack, 1990).

Por otro lado, las normas culturales de Occidente han dado siempre mucho valor a la apariencia física (Behar, 2010; Caballo *et al.*, 2014; Martínez-Fornés, 1994). Desde que tenemos conciencia somos instruidos para estar preocupados por nuestra imagen; sobre todo las mujeres (Martínez-Fornés, 1994). La cultura difunde de manera masiva sus criterios de belleza, los cuales se imponen sobre los de la propia persona, facilitando así una insatisfacción y, en niveles más extremos, una distorsión de la representación de nuestro cuerpo (Córdoba, 2011; Torres y Toro, 2012).

De hecho, se ha visto que la distorsión de la imagen corporal no es exactamente una alteración de la percepción del cuerpo, sino más bien una evaluación extremadamente polarizada hacia lo negativo de la apariencia física, afectando esto de manera inevitable a la percepción (Fernández y Probst, 1994; Sepúlveda *et al.*, 2001). En consecuencia, gran parte de los adolescentes y jóvenes de sociedades occidentales no están satisfechos con su propio peso y apariencia, a pesar de que un alto porcentaje esté dentro de la media; precisamente debido, en parte, a los criterios culturales impuestos (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013).

Por lo tanto, para que se produzca una alteración de la evaluación de nuestro cuerpo, dependerá de una insatisfacción con la apariencia física, que favorecerá que no tengamos una percepción de nuestra silueta objetiva. Todo ello reforzado y promovido por una sociedad que nos enseña a no conformarnos con nuestra imagen y apariencia (Salaberria *et al.*, 2007). Una sociedad que transmite unos cánones ideales muy alejados de la realidad, imponiéndose éstos sobre los de las personas (Torres y Toro, 2012).

El componente más valorativo de la imagen que elaboramos de nuestro propio cuerpo va de la mano de la cultura imperante. En función de la época y de la sociedad, han existido diferentes cánones de belleza. En la actualidad, se promueve una imagen corporal lo más próxima posible a la delgadez, generando unos estándares a alcanzar

que facilitan que las personas se encuentren inconformes con su silueta (Vaquero-Cristóbal *et al.*, 2013).

A su vez, las patologías alimentarias alcanzan su máxima prevalencia en la adolescencia y juventud (Behar, 2010; Carolina y Janet, 2011; Vaquero-Cristóbal *et al.*, 2013). ¿Con qué puede estar relacionado? Esta etapa del ciclo vital está impregnada de cambios; ya sea a nivel cognitivo, emocional o físico. Y es precisamente extremadamente común que exageren cualquier modificación corporal propia de su etapa de vida (Martínez-Fornés, 1994).

Cuando se produce una insatisfacción patológica o una distorsión de la imagen corporal es porque previamente el cuerpo ha adquirido un papel protagonista en el sistema de valores de la persona. Se convierte en un elemento fundamental de su autoconcepto, de su identidad. Se produce un rechazo generalizado al propio cuerpo y de cualquier indicio de engordar. Casi todo gira en torno al físico, de manera que su identidad global queda modificada (Martínez-Fornés, 1994). La insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal facilitarán el uso de dietas restrictivas y ejercicios, así como de comportamientos que aseguren una silueta perfecta, por lo que sería un factor de riesgo y mantenimiento de los TCA (Caballo *et al.*, 2014; Sepúlveda *et al.*, 2001; Vaquero-Cristóbal *et al.*, 2013).

Llegados a este punto, ¿cuáles podrían ser algunos de los factores que faciliten una insatisfacción con la apariencia física? Dada la realidad de una mayor prevalencia en mujeres (Grant y Cash, 1995), ¿puede ser que el género femenino sea relevante en este proceso? Y, asumiendo que la persona se identifique más dentro del género femenino, ¿el hecho de que presente actitudes sexistas podría ser otro factor reseñable? ¿Es posible que estos dos factores sitúen a las personas en una posición de vulnerabilidad, a través de la cual integren más fácilmente las presiones sociales sobre el ideal de delgadez?

Así pues, en el presente estudio, se ha considerado importante la búsqueda de factores que probabilicen la aparición de una insatisfacción con la imagen corporal, debido a que ésta adopta un papel relevante en el inicio (Behar, Vargas y Cabrera, 2011) y en el mantenimiento de los TCA (Cash y Deagle, 1997).

Prevalencia

Los TCA son una enfermedad crónica muy prevalente en mujeres; sobre todo en jóvenes y adolescentes, aunque también puede darse en varones. No obstante, en el caso de los hombres la afectación es mucho menor, encontrándonos con una proporción de un hombre por cada 10 mujeres afectadas (Behar, 2010; Carolina y Janet, 2011). Sin embargo, añadir que, esta obsesión por el físico es un problema cada vez mayor en hombres también; de hecho, ha aumentado la prevalencia de AN en este sexo (Torres y Toro, 2012)

A su vez, de manera global, se estima una prevalencia del 5% (Carolina y Janet, 2011; Ochoa, Ramos, Méndez y Alamilla, 2013). No obstante, según los estudios, los datos son más o menos conservadores. Por ejemplo, los resultados revelados por Vázquez *et al.* (2015), muestran una prevalencia del 1 al 3%. Muchos de los estudios realizados en sociedades occidentales aseguran un aumento de la prevalencia de estos trastornos con el paso de los años (Peláez *et al.*, 2010; Litmanen *et al.*, 2017). Esto parece reflejar la necesidad de detectar los factores de riesgo de manera prematura para así poder abordarlo desde la prevención.

Además, Cash y Henry (1995) mostraron que un 63% de mujeres no estaban satisfechas con su peso y un 48% no consideraban aceptable su apariencia física. En otro estudio realizado por Grant y Cash (1995), se observó que un tercio de las mujeres no estaban conformes con su propio cuerpo, mientras que en el caso de los hombres era un cuarto.

En lo que respecta a la edad de inicio de estos trastornos, Hudson, Hiripi, Pope y Kessler (2007) establecen un rango de entre 14 y 22 para la BN, de entre 16 y 22 para la AN y de 17 y 32 para el TA. No obstante, tal y como expresan Rohde, Stice y Marti (2015), aunque durante la adolescencia presenten su máxima prevalencia, es entre los 10 y los 14 años cuando se empiezan a manifestar ciertos factores predisponentes.

Por otro lado, a nivel nacional, en los estudios de prevalencia en diferentes Comunidades Autónomas de España mostradas por esta revisión (Peláez *et al.*, 2010), los resultados son parecidos a las obtenidas en otros países desarrollados, encontrándose una media de entre 1 y 3% de la población adolescente y joven; y en concreto en mujeres adolescentes del 4-5%. Por ejemplo, un estudio realizado en la Comunidad de Madrid por Fernández, Labrador y Raich (2007) indica una prevalencia del 3,43%,

siendo en mujeres del 5,34% y en hombres del 0,64%. Además, un estudio realizado en diferentes universidades de España desde el proyecto “uniHcos” (Martínez-González *et al.*, 2014), reveló una prevalencia de riesgo del 19,5%.

Relevancia social y utilidad clínica

Se trata de una enfermedad crónica que afecta sobre todo a mujeres adolescentes. La OMS asegura que los TCA suponen un importante riesgo de salud para niños y adolescentes (Carolina y Janet, 2011). De hecho, según afirman Martínez-González *et al.* (2014), los TCA son uno de los principales problemas de salud mental entre la población joven y adolescente (Peláez *et al.*, 2010; Litmanen *et al.*, 2017).

Los datos aportados sobre prevalencia sugieren la necesidad de abordar cuanto antes la problemática y actuar desde la prevención (Martínez-González *et al.*, 2014). Cuanta más precisión en el conocimiento de las características de los TCA, será más fácil elaborar campañas de concienciación (Ochoa, Ramos, Méndez y Alamilla, 2012).

Además, aunque no sean de los trastornos más prevalentes, su impacto económico y social sobre la salud pública es muy potente, y, a su vez, interfiere en el funcionamiento diario de quienes lo padecen, tiene graves consecuencias para el organismo, riesgo de mortalidad y correlaciona con una baja calidad de vida (Benjet, Méndez, Borges y Medina-Mora, 2012; Martínez-González *et al.*, 2014).

En relación a este último aspecto, se ha encontrado una elevada tasa de comorbilidad con trastornos afectivos y consumo de sustancias (Behar, 2010; Doodley-Hash, Banker, Walton, Ginsburg y Cunningham, 2012; Litmanen *et al.*, 2017). Esto recalca de nuevo la necesidad de detectar de manera precoz este trastorno para que adquiera el protagonismo que requiere y no sea vea ocultado por otras problemáticas (Behar, 2010).

Llegados a este punto, se ha considerado esencial profundizar en estas dos variables culturales que pueden estar relacionadas con la insatisfacción con la imagen corporal: el género y el sexismo.

Género

El género es una construcción cultural que hace referencia a una serie de actitudes, comportamientos, creencias y sentimientos que una determinada sociedad considera que debe tener cada sexo (García-Leiva, 2005; Varela, 2005). Se trata de un proceso social

presente en todas las culturas por el cual una diferencia biológica es el criterio para educar de forma distinta a hombres y mujeres (Glick y Fiske, 2018; Lomas, 2005).

En esta línea, el sexo sería lo puramente biológico, mientras que el género sería una construcción cultural que enseña de manera diferente a hombres y mujeres (Aguilar, Valdez, González-Arratia y González, 2013; Varela, 2005). Y es interesante destacar que cada sociedad es única en su ideología, de manera que los roles impuestos al género varían (Vega, 2007.)

Desde esta perspectiva, aunque tradicionalmente a los hombres se les haya educado dentro de los cánones del género masculino y a las mujeres dentro del femenino, esta asociación no tiene por qué cumplirse siempre. Es decir, se puede ser biológicamente hombre, pero decantarse más por una educación próxima al género femenino, y viceversa. También es posible identificarse con ambos géneros. O, por el contrario, estar alejado de las exigencias culturales y optar por no identificarse con ningún género establecido (Varela, 2005; Vega, 2007).

Es por ello que Sandra Lipsitz Bem (1974), en un intento de alejarse de esa idea tan tradicional y dicotómica de dos géneros opuestos, introduce dos nuevas categorías a través de un nuevo instrumento de medida: el Bem Sex Role Inventory (BSRI); cuyo objetivo es determinar en qué medida estamos influenciados por los roles de género. Éstas serían la de “androginia”, que es precisamente cuando una persona se identifica con ambos géneros, y la categoría de “indiferenciado” que es cuando no se identifica con ninguno. Así pues, tendríamos cuatro categorías: masculino, femenino, andrógino e indiferenciado (Bem, 1974; García-Leiva, 2005; Vega, 2007).

Parece ser que el concepto de androginia se convierte en algo muy beneficioso, ya que permite flexibilizar esos estereotipos culturales y da la oportunidad de integrar aspectos tanto del género femenino como masculino (Vega, 2007).

Según Barberá (tal y como se citó en García-Leiva, 2005) construimos nuestra identidad de género internamente y desde un papel activo, pero también interaccionando con los estereotipos adjudicados por la sociedad a cada sexo. Absorbemos los cánones impuestos por la sociedad y les dotamos de un tinte propio y personal. Cada uno construye su propia identidad de género, pero siempre con cierta vinculación a las presiones sociales (García-Leiva, 2005).

La identidad de género nos sirve para identificarnos en sociedad; es útil para identificarnos con un grupo y, a la vez, diferenciarnos de los demás (Glick y Fiske, 2018; Halim y Rubble, 2010). Nos permite autodefinirnos. Es necesaria para la construcción de nuestra identidad (Halim y Ruble, 2010).

En un estudio realizado por Vega (2007) con 434 estudiantes de escuelas públicas en Buenos Aires, de los cuales 167 fueron varones y 267 mujeres, se les aplicó BSRI (Bem, 1974) y se observó que el 42% de mujeres adolescentes se encontraban dentro de la categoría “femenina”, el 26% en “indiferenciada” el 19,7% en “andrógina” y el 12,3% en “masculina”. En cuanto a los hombres, el 37% se encontraban en “masculino”, el 28,5% en “androginia”, el 25,5% en “indiferenciado” y el 9,1% en “femenino”.

Esto es una muestra de que, aunque en ambos casos tiendan a identificarse con el género que la sociedad adjudica a su sexo, también optan por otras alternativas (Vega, 2007). Si bien es cierto que parte de nuestra identidad viene condicionada desde el nacimiento, hay otra parte que es construida por nosotros en interacción con la cultura (Lomas, 2005).

No hay masculinidad ni feminidad de manera única y universal, ya que cada uno interacciona activamente en su proceso de socialización, el cual, a su vez, es distinto para persona (García-Leiva, 2005; Lomas, 2005; Varela, 2005).

Después de haber profundizado en el concepto de género, cabe hacerse la siguiente pregunta: ¿Cómo interaccionan los géneros? ¿Hay igualdad entre hombres y mujeres? O, para ser más precisos, ¿hay igualdad de género?

Parece ser que la desigualdad de género existe. Para comprender cómo se desarrolla, es preciso introducir el concepto de sexismo, entendido como el procedimiento patriarcal que establece una jerarquía entre géneros donde lo femenino queda subordinado a lo masculino. (Aguilar *et al.*, 2013; Varela, 2005).

El machismo y el sexismo subordinan a la mujer, o al hombre que se aleja del rol masculino, estableciendo una interacción entre géneros donde se espera sumisión y merced de lo femenino a lo masculino. Con el paso de los años, cada vez hay más concienciación y las mujeres van ganando derechos y transformando sus roles. No obstante, la desigualdad persiste (Aguilar *et al.*, 2013; Varela, 2005).

En lo que respecta a la masculinidad más rígida, culturalmente es asociada a poder, a dominación, a la rivalidad, a valentía, a ambición, independencia, asertividad, la represión del dolor y los sentimientos, y, en definitiva, al rechazo de todo lo considerado femenino como parte de su identidad. Todo ello reforzado por la multitud de privilegios que la sociedad ha ofrecido y ofrece a este género (Lomas, 2005).

Mientras que la femineidad más tradicional está vinculada a la sumisión y a la subordinación, a la dependencia, a la comprensión, la gentileza, a la sensibilidad a las necesidades del resto, a la complacencia y a una autoestima baja ligada a la necesidad de ser aceptado por el resto (Behar, Barreras y Michelotti, 2001; Lomas, 2005).

Así pues, el machismo es un constructo social a través del cual estos dos géneros se relacionan; es el reflejo de la desigualdad en todos los ámbitos entre mujeres y hombres (Lomas, 2005). En esta línea, tal y como expresa Castañeda (citada en Lomas, 2005), el problema radicaría en la definición y en la forma en que se asocia cada género con cada sexo. Es necesaria una redefinición de lo que es considerado ser mujer o ser hombre.

Sexismo

Según la Teoría del Sexismo Ambivalente de Glick y Fiske (1996 y 1997), algo que caracteriza al machismo es su ambivalencia. Tradicionalmente se ha asumido una actitud de hostilidad hacia las mujeres. No obstante, el sexismo o machismo es un constructo de dos dimensiones. Hay una parte caracterizada por la hostilidad y otra por la benevolencia.

El sexismo benevolente serían el conjunto de actitudes, creencias y comportamientos que sitúan a la mujer en una posición de inferioridad; pero que superficialmente pueden ser percibidas como amistosas y educadas. No obstante, ello no quiere decir que sean positivas, puesto que están motivadas por concepciones que consideran al hombre superior a la mujer y que, por ello, ha de protegerla (Fisher y Hammond 2019; Glick y Fiske, 2018; Glick y Fiske, 1997).

Y es que, precisamente, se sustenta sobre los estereotipos de género que asumen que el hombre, desde su masculinidad, ha de ser independiente y valiente y, la mujer, desde su femineidad, dependiente, complaciente y sumisa (Behar, *et al.*, 2001; Lomas, 2005).

Por otro lado, el sexismo hostil serían ese conjunto de actitudes, creencias y comportamientos que igualmente subordinan a la mujer, pero desde una vía más

explícita y violenta; facilitando así su detección (Fisher y Hammond 2019; Glick y Fiske, 2018).

En definitiva, aunque estas dos dimensiones sean superficialmente diferentes, se sustentan bajo la misma concepción, la cual considera a la mujer como el sexo débil que debe estar subordinado al hombre (Glick y Fiske, 2018; Varela, 2005).

¿Y de dónde surgen estas dos ideologías? El sexismo benevolente derivaría de una serie de creencias que luchan por preservar los derechos de las mujeres, las cuales serían concebidas como el sexo débil dentro de una sociedad competitiva. En contraste, el sexismo hostil deriva igualmente de esa percepción de la sociedad de clases, pero donde es más oportuno imponerse ante los más frágiles. (Fisher y Hammond, 2019).

Así pues, tal y como afirman Radke, Hornsey, Sibley y Barlow (citados en Fisher y Hammond, 2019), el hecho de que una gran cantidad de mujeres presenten altos índices de sexismo benevolente vendría justificado por una percepción de ellas mismas como débiles ante un mundo competitivo y amenazante; sintiendo la necesidad de respetar las normas del patriarcado para así ser protegidas del mismo.

De hecho, se ha visto cómo los hombres suelen presentar mayores índices de sexismo hostil con respecto a las mujeres, mientras que en el sexismo benevolente no hay diferencias significativas (Expósito, Moya y Glick, 1998).

Llegados a este punto, ¿qué repercusión puede tener la feminidad sobre la insatisfacción con la imagen? ¿Podría ser unas de las causas por las que esta población se someta más a las presiones socioculturales sobre la delgadez y la belleza? ¿Y las actitudes machistas? ¿Y, más en concreto, el sexismo benevolente en mujeres?

TCA, género y sexismo

Recordemos que cuando se hablaba de posibles factores etiológicos para el desarrollo y mantenimiento de un TCA, se ha hecho referencia al modelo cultural de sociedades occidentales que promueve un ideal de delgadez asociado al éxito (Behar, 2010; Caballo *et al.*, 2014). De hecho, estudios transculturales han revelado que las psicopatologías de la alimentación se desarrollan principalmente en sociedades occidentales (Behar, 2010; Litmanen *et al.*, 2017). No obstante, su prevalencia también está aumentando en las no occidentales como consecuencia de la globalización (Litmanen *et al.*, 2017).

Así pues, este ideal de belleza promovido por las sociedades occidentales y difundido de manera masiva desde los medios de comunicación, es internalizado por la población y, más en concreto, por las mujeres, quedando su autoestima muy ligada a su apariencia física. Parece que, en nuestro tipo de sociedad, el cuerpo es un instrumento para alcanzar objetivos y triunfos (Behar, 2010).

Si matizamos un poco más, se podrá observar que, precisamente, los roles de género impuestos al sexo desde las sociedades occidentales también pueden estar detrás de esta psicopatología. Parece ser que el género femenino, caracterizado por la sumisión y complacencia, probabiliza que la persona interiorice las presiones sociales sobre la importancia de estar delgada, así como los criterios culturales sobre la propia silueta, facilitando así una insatisfacción y una distorsión de la imagen corporal (Behar, 2010; Córdoba, 2011; Torres y Toro, 2012). Ya hay ciertos estudios que han encontrado una asociación entre un rol de género femenino estereotipado y el desarrollo de un TCA (Murnen y Smolak, 1997; Vega, 2007).

Tal y como se ha expresado en páginas anteriores, son las mujeres las que suelen estar más insatisfechas con su propia apariencia (Behar, 2010; Carolina y Janet, 2011). ¿Y esta diferencia a qué puede deberse? Sin tratar de ser reduccionistas y explicar todo desde un único factor, la literatura ha mostrado cómo el rol de género femenino puede ser un predisponente (Behar, 2010; Behar, Barrera y Michelotti, 2003; Behar, Barrera y Michelotti, 2002; Behar *et al.*, 2001; Bem, 1974; Murnen y Smolak, 1997).

Tal y como afirman Behar *et al.*, (2002), las mujeres están sometidas a una mayor presión social con respecto a la apariencia física, y si, además, presentan un rol de género femenino muy marcado, tendrán más probabilidades en el desarrollo de un TCA (Behar, 2010; Behar *et al.*, 2002; Bem, 1974; Murnen y Smolak, 1997). No obstante, este culto y preocupación por el cuerpo, es un problema cada vez más prevalente en hombres también, tal y como se refleja en el aumento de casos de AN (Torres y Toro, 2012). ¿Podría estar esto vinculado a un aumento de la feminidad en varones?

Las exigencias socioculturales sobre el ideal de delgadez siguen muy presentes, generando una presión muy persistente, así como un inconformismo muy extendido con su propia silueta y peso (Behar *et al.*, 2002; Torres y Toro, 2012). Esto facilitaría una insatisfacción patológica e incluso una distorsión de la imagen corporal, ya que los

criterios culturales sobre el ideal de delgadez se impondrían sobre los de la propia persona. (Córdoba, 2011).

Parece ser, por tanto, que la androginia (Bem, 1974) es un factor de protección para el desarrollo de un TCA. Una persona andrógina es aquella que presenta un rol de género tanto masculino como femenino. Es decir, que adquirirá características de ambos géneros. Puede ser agresiva y asertiva, pero también atenta y afectuosa, todo ello en función de la situación. Es decir, una persona con un perfil andrógino, se adaptará mejor a cualquier contexto. (Behar, 2010; Behar *et al.*, 2002; Bem, 1974; Vega, 2007).

Desde esta perspectiva, se podría argumentar que una mujer con rol andrógino no cedería tanto a las presiones sociales sobre la delgadez (Behar, 2010). Se podría considerar, por ello, que la androginia es un factor de protección (Behar, 2010; Bem, 1974). Según Root (citado por Behar, 2010), los rasgos de la androginia tales como la autoestima alta, la asertividad y el equilibrio emocional, son precisamente factores de protección para el desarrollo de una distorsión de la imagen corporal.

Sin embargo, las mujeres y, en menor medida, los hombres que estén sumergidos dentro del rol de género femenino más estereotipado y tradicional, serán personas dependientes, muy complacientes, con una autoestima subordinada a la aceptación del resto y con un sentimiento de autovalía muy bajo. Y son precisamente estas características las que hacen que sean susceptibles a las presiones culturales occidentales sobre la delgadez como receta para la aceptación social y el éxito; las cuales afectan a todos, pero en mayor medida a las mujeres (Behar *et al.*, 2001).

Como consecuencia, el género femenino facilitará que la persona absorba los criterios culturales sobre la imagen corporal ideal, promoviéndose así una insatisfacción y, en niveles más extremos, una distorsión de la misma (Córdoba, 2011).

En un estudio realizado por Behar *et al.* (2001) con mujeres chilenas, se les pasó la escala de Bem para Rol Sexual (IBRS) (Bem, 1974) tanto a las que presentaban TCA como a las que no, y se observó en un índice de rol de género femenino muy significativo en el grupo de TCA.

Parece ser, por tanto, que la insatisfacción con la imagen corporal, factor que, tal y como se ha expresado previamente, actúa en el inicio y mantenimiento de esta psicopatología (Caballo *et al.*, 2014; Sepúlveda *et al.*, 2001), es en parte un fenómeno

psicológico y cultural, ya que está vinculado de manera directa a una sociedad que enfatiza en el ideal de delgadez como receta para el éxito; llegando dicho mensaje de manera más recurrente a las mujeres o, para ser más precisos, al género femenino, caracterizado por la sumisión y necesidad de aprobación social (Córdoba, 2011).

Si está demostrado que la feminidad es un factor predisponente para el desarrollo de un TCA, ¿qué cabe pensar acerca de las actitudes machistas? Si una de las características del rol femenino es la sumisión, precisamente porque en la interacción con el género masculino se produce una subordinación (Varela, 2005), ¿no es de esperar que aquellas mujeres con actitudes machistas, con falta de asertividad que les impida reafirmar sus derechos sobre la sociedad, así como aquellas sumisas y subordinadas al hombre, tengan más facilidades para el desarrollo de una insatisfacción con propio cuerpo y apariencia? Para ser más exactos ¿no es posible que las actitudes sexistas y la feminidad faciliten una insatisfacción con la imagen corporal, y esto predisponga al desarrollo de un TCA?

Y, siendo más específicos, dentro de las actitudes machistas, ¿no es posible que la dimensión más relevante sea la de “sexismo benevolente”? (Fisher y Hammond, 2019). Y, ¿qué ocurriría con los hombres? ¿Aquellos que tengan género femenino tendrán más riesgo de sufrir una insatisfacción con su propia imagen?

1. Objetivos e hipótesis

Los TCA son un tipo de psicopatología que afecta considerablemente a la salud de jóvenes y adolescentes. Además, se ha observado también una alta prevalencia de población insatisfecha con su imagen corporal. Por ello, nuestro objetivo principal es identificar factores relacionados con la insatisfacción con la imagen corporal, tales como el género femenino y las actitudes sexistas. Con respecto a los objetivos específicos, serían:

- Conocer si las personas con género Femenino presentan puntuaciones más bajas en Evaluación de la imagen corporal y en Satisfacción con las diferentes áreas del cuerpo, con respecto a las que se encuentran dentro del género Masculino, Andrógino o Indiferenciado.

- Conocer la relación entre el Sexismo benevolente en mujeres con respecto a la Evaluación de la imagen y la Satisfacción con las áreas del cuerpo.

En cuanto a las hipótesis, las planteadas en este trabajo son:

H1: Las personas con puntuaciones altas en género Femenino, tanto mujeres como hombres, presentarán puntuaciones más bajas en la Evaluación de su imagen corporal, con respecto a aquellas que presenten altas puntuaciones en Masculinidad, Androginia o género Indiferenciado.

H2: Las personas con puntuaciones altas en género Femenino, tanto mujeres como hombres, presentarán puntuaciones más bajas en Satisfacción con las diferentes partes del cuerpo, con respecto a aquellas que presenten altas puntuaciones en Masculinidad, Androginia o género Indiferenciado.

H3: Los hombres con puntuaciones altas en género Femenino, presentarán puntuaciones más bajas en Evaluación de la imagen corporal, con respecto a aquellos que presenten altas puntuaciones en Masculinidad, Androginia o género Indiferenciado.

H4: Los hombres con puntuaciones altas en género Femenino, presentarán puntuaciones más bajas en Satisfacción con las áreas del cuerpo, con respecto a aquellos que presenten altas puntuaciones en Masculinidad, Androginia o género Indiferenciado.

H5: Existe una relación inversa, en el caso de las mujeres, entre el Sexismo benevolente y la Evaluación de la imagen.

H6: Existe una relación inversa, en el caso de las mujeres, entre el Sexismo benevolente y la Satisfacción con las diferentes partes del cuerpo.

2. Método

2.1. Participantes

El presente estudio dispone de una muestra de 262 participantes, de los cuales un 34.7% fueron varones y un 64.9% fueron mujeres, y con edades comprendidas entre 18 y 25 años ($M=21.94$, $Sd=2.07$). La elección de este rango de edad como criterio de inclusión ha sido motivado por la consolidación de género, el cual termina de desarrollarse al final la adolescencia (Katz y Ksanskak, 1994). Los participantes se

seleccionaron a través de un muestreo no probabilístico de tipo incidental utilizando el método de bola de nieve.

2.2. Instrumentos

A continuación, se presentan los instrumentos aplicados para la evaluación:

A. *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire, MBSRQ (Cash, 2000)*. Se utilizó la versión reducida de Roncero, Perpiñá, Marco y Sánchez Reales (2015) (*Multidimensional Body Self Relations Questionnaire- Appearance Scale, MBSRQ-AS*), que es una adaptación en una muestra española de 1041 personas, 66.7% mujeres, con un rango de edad de 17 a 34.6 años ($M = 23.11$, $SD = 6.10$).

El presente cuestionario multidimensional consta de 34 ítems agrupados en cinco escalas: Evaluación de la apariencia, Orientación hacia la apariencia, Preocupación por el peso, Clasificación del propio peso y Satisfacción o insatisfacción con diferentes partes del cuerpo. Todo ello con el objetivo de evaluar las actitudes hacia la imagen corporal. Para ello, se utilizó una escala tipo Likert, que va del 1 (muy en desacuerdo) al 5 (muy de acuerdo) (Roncero *et al.*, 2015).

Con respecto a la consistencia interna, la literatura mostró un coeficiente α de Cronbach de .87 para Evaluación de la apariencia, de .85 para Orientación hacia la apariencia, de .78 para la Satisfacción con las partes del cuerpo, de .76 para la Preocupación por el peso y de .88 para la Clasificación del peso (Roncero *et al.*, 2015).

En el presente estudio, se optó por dos de las escalas: Evaluación de la apariencia y Satisfacción con las áreas corporales; ambas centradas en la satisfacción con la propia imagen. Por ello, se procedió a calcular el α de Cronbach de cada una en la muestra de la investigación y se observó una adecuada consistencia interna en Evaluación de la apariencia (α de Cronbach = .891) y en Satisfacción de las áreas corporales (α de Cronbach = .786)

A su vez, los autores (Roncero *et al.*, 2015) procedieron a un análisis de validez convergente, comparando el cuestionario con la versión española realizada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991) del Eat Attitudes Test (EAT-26; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982), observándose que todas las escalas del MBSRQ-AS presentaron una correlación significativa ($p < 0.01$) con el EAT-26; siendo éstas de -.34 para Evaluación de la apariencia, de .36 para Orientación hacia la apariencia, de -.31

para Satisfacción con las partes del cuerpo, de .66 para la Preocupación por el peso y de .29 para la Clasificación de su propio peso.

B. Inventario del Rol Sexual de Bem, BSRI (Bem, 1974). Se utilizó la versión reducida del Bem Sex Role Inventory (1974) realizada por Mateo y Fernández (1991), que está adaptada al español en una muestra de 330 estudiantes ($M = 20.40$, $SD = 2.43$).

El cuestionario, tiene como objetivo medir los roles de género a través de una escala con estilo de respuesta tipo Likert que ofrece las siguientes puntuaciones para cada ítem: nunca (1), casi nunca (2), rara vez (3), a veces (4), habitualmente (5), casi siempre (6) y siempre (7). Además, este instrumento de medida está compuesto por dos factores: Masculinidad y Femenidad; dando lugar a la posibilidad de cuatro categorías: Masculino, Femenino, Andrógino (puntuaciones altas en ambos roles de género) e Indiferenciado (puntuaciones bajas en ambos roles de género).

Con respecto a la fiabilidad, se observó una consistencia interna de entre .83 y .94. A su vez, las estructuras factoriales del test presentan una proporción de la varianza explicada del 56% en la muestra total, y del 58% en mujeres y el 61% en hombres (Mateo y Fernández, 1991).

Además, para determinar la fiabilidad de ambas escalas en la muestra del estudio, se calculó su consistencia interna y se pudo demostrar que era adecuada tanto en Femenidad (α de Cronbach = .853) como en Masculinidad (α de Cronbach = .805)

C. Inventario de Sexismo Ambivalente, ASI (Glick y Fiske, 1996). Se aplicó la adaptación española realizada por Expósito, Moya y Glick (1998) con el objetivo de medir Sexismo ambivalente. Es un cuestionario bidimensional: Sexismo hostil y Sexismo benevolente. Consta de 22 ítems con estilo de respuesta de tipo Likert que va desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo.

La versión adaptada al castellano del ASI mostró buenas propiedades psicométricas. En un estudio realizado con 298 estudiantes ($M = 21.5$, $SD = 2.74$), se observó un coeficiente α de Cronbach de .87 para la escala de Sexismo hostil y de .84 para el Benévolo; siendo el α de Cronbach total de .88. Además, en un segundo estudio, se observó una correlación entre todos los ítems superior a .40 (Expósito, Moya y Glick, 1998).

Para conocer la fiabilidad de ambas escalas en la muestra de la presente investigación, se procedió a un análisis de su consistencia interna, determinándose que era adecuada tanto en Sexismo hostil (α de Cronbach = .935) como en Sexismo benevolente (α de Cronbach = .847)

Glick y Fiske (según Expósito, Moya y Glick, 1998) realizaron un análisis factorial exploratorio que reflejaba cómo los 22 ítems del cuestionario se agrupaban en un único factor de Sexismo hostil y tres del Sexismo benevolente (paternalismo protector, diferenciación de género complementada e intimidad heterosexual).

A su vez, Expósito *et al.* (1998) realizaron un análisis de validez convergente y se observó una correlación total significativa del ASI del .49 ($p < 0.01$) con la Escala de Neo-sexismo de Touglas *et al.* (1995) y otra correlación también significativa con la Escala sobre la Ideología del Rol Sexual (Moya *et al.*, 1991), siendo esta de -.64 ($p < 0.01$) (Expósito *et al.*, 1998).

2.3. Procedimiento

Se procedió a la recogida de datos mediante “*Google Formularios*”, donde se introdujo una casilla obligatoria en la que los participantes aceptaban la utilización de sus respuestas en presente el estudio. A su vez, se les preguntó por su sexo y nacionalidad, procediéndose, a continuación, a la evaluación de las variables de interés.

El tiempo aproximado para contestar a los tres cuestionarios fue de entre 15 y 20 minutos, evaluándose primero las Actitudes sexistas mediante el ASI, para continuar con la Evaluación de la apariencia y Satisfacción con las áreas del cuerpo a través del MBSRQ y finalizando con la evaluación del Género a través del BSRI.

2.4. Plan de análisis

Una vez recogidos los datos, se procedió al análisis de los mismos mediante el programa SPSS Statistics 26. Se realizaron los análisis descriptivos y se continuó con el contraste de hipótesis. No obstante, tras un análisis exploratorio inicial, se observó que en las diferentes escalas la distribución no era normal, a excepción de la distribución de la variable Satisfacción áreas cuerpo.

Por esa razón, las correlaciones entre las variables cuantitativas se calcularon a través de correlaciones Spearman, con sus correspondientes coeficientes de determinación. Y las diferencias de medias entre variables cuantitativas y categóricas, se realizaron a

través de la prueba Kruskal-Wallis (estadística no paramétrica), siguiendo los resultados significativos con la realización de pruebas U de Mann Whitney y calculando su tamaño del efecto (R de Rosenthal). A excepción, de nuevo, de la variable Satisfacción con las áreas del cuerpo, en la que, para determinar su diferencia de puntuaciones en las diferentes categorías de género, se procedió a realizar un ANOVA de un factor, calculándose también el tamaño del efecto, con el indicador η^2 para determinar la magnitud de las diferencias.

Es decir, se optó por análisis no paramétricos en todas las hipótesis, a excepción de la segunda y la cuarta, donde se realizó un ANOVA de un factor.

Además, para poder trabajar con las diferentes categorías que ofrece el Inventario Sexual de Bem, se procedió a calcular la mediana de las variables Feminidad y Masculinidad, de manera que aquellos que estuviesen por encima de la mediana en Masculinidad, pero no en Feminidad, se les consideró masculinos; los que superaron la mediana de Feminidad y no de Masculinidad, femeninos; los que superaron ambas, andróginos y los que estuvieron por debajo en las dos, indiferenciados.

3. Resultados

En primer lugar, se calcularon las distribuciones de la muestra por sexos en cada categoría de género (véase Tabla 1).

Tabla 1

Distribución de Género en cada Sexo

Género	Mujeres	Hombres
Masculino	20 %	26.4%
Femenino	30.6%	18.7%
Andrógino	25.3%	25.3%
Indiferenciado	24.1%	29.7%

A continuación, dado que en las hipótesis 5 y 6 sólo se habla del grupo de mujeres y no del de hombres, se realizó otro análisis correlacional de Spearman para identificar la relación en mujeres entre el Sexismo benevolente y la Evaluación de la apariencia, así como entre el Sexismo benevolente en mujeres y la Satisfacción con las diferentes áreas

corporales. Se encontró una relación no significativa en mujeres entre el Sexismo benevolente y la Evaluación de la apariencia ($R = .106$, $p = .167$, $R^2 = .011$) y una relación no significativa en mujeres entre el Sexismo benevolente y la Satisfacción con las áreas del cuerpo ($R = .046$, $p = .548$, $R^2 = .002$).

Por otro lado, para evaluar la diferencia de puntuaciones en Evaluación de la apariencia en personas dentro de la categoría de género Femenino con respecto a aquellas que estaban en las categorías de Masculinidad, Androginia o Indiferenciada, se procedió a realizar la prueba de Kruskal-Wallis, y se obtuvo una diferencia de puntuaciones significativa entre al menos dos de los grupos considerados ($X^2(3) = 20.217$, $p = .000$).

Para determinar entre qué categorías había una diferencia significativa y poder contrastar la hipótesis, se continuó con un análisis U de Mann Whitney y se pudo confirmar que no había una diferencia significativa en las comparaciones dos a dos de Femenidad-Masculinidad ($U = 1748$, $p = .176$, $r = -.119$), ni de Femenidad-Androginia ($U = 1890.5$, $p = .067$, $r = -.157$), pero sí en la de Femenidad-Indiferenciado ($U = 1836$, $p = .02$, $r = -.197$), aunque con una magnitud de diferencia baja.

Así pues, tras observar una diferencia significativa entre la comparación entre estas dos categorías, se pudo ver (Figura 1) cómo la puntuación en Indiferenciado ($M = 5.008$, $Sd = .807$, $M_e = 5.142$) era menor que en Femenidad ($M = 5.285$, $Sd = .849$, $M_e = 5.357$).

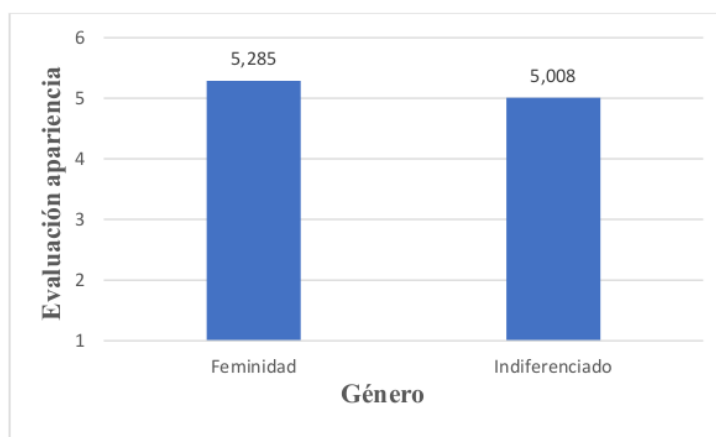


Figura 1.

A continuación, se procedió a realizar un ANOVA de un factor para evaluar las diferencias de puntuación en la variable Satisfacción con las áreas corporales en las diferentes categorías de género, obteniéndose diferencias significativas en las puntuaciones entre las distintas categorías de género, aunque con una diferencia de magnitud baja ($F = 11.695$, $p = .000$, $\text{Eta}^2 = .12$).

Tras realizar las comparaciones múltiples entre categorías, se confirmó una diferencia de puntuaciones significativa únicamente entre la categoría Femenidad y la Andrógina ($p = .032$). Según estos resultados (Figura 2), las personas con género Femenino tuvieron puntuaciones más bajas en Satisfacción con las áreas del cuerpo ($M = 3.390$, $Sd = .651$), con respecto a las personas que se encontraban dentro de la categoría de Androginia ($M = 3.717$, $Sd = .711$).

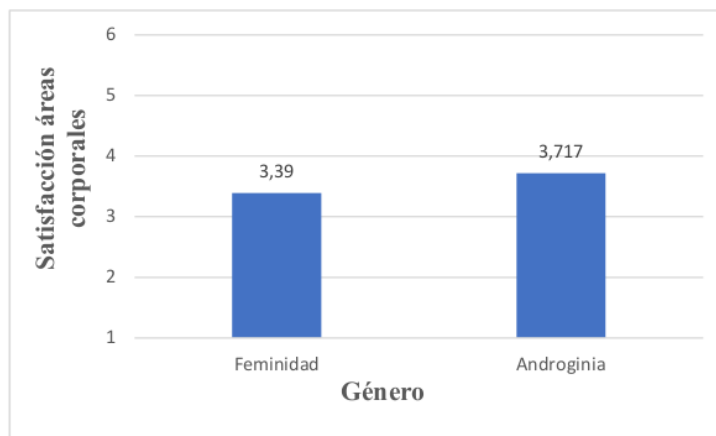


Figura 2.

Siguiendo con los análisis de resultados, para determinar si los hombres con género Femenino puntuaban más bajo en Evaluación de la imagen, se procedió a realizar la prueba de Kruskal-Wallis, obteniéndose una diferencia de puntuaciones estadísticamente significativa entre las diferentes categorías de género ($X^2(3) = 13.857$, $p = .003$).

Para confirmar entre que categorías había una diferencia significativa, se procedió a realizar un análisis U de Mann Whitney, lo cual permitió demostrar que en las comparaciones por pares no había diferencias significativas.

Por último, para contrastar si los hombres con género Femenino puntuaban más bajo en Satisfacción con las áreas corporales que el resto de hombres distribuidos entre las

otras categorías de género, se procedió a realizar un ANOVA de un factor. Tras el análisis, se pudo determinar diferencias significativas entre al menos dos de las diferentes puntuaciones de cada categoría de género, aunque con una diferencia magnitud baja ($F = 8.294$, $p = .000$, $\text{Eta}^2 = .222$).

Tras observar las comparaciones múltiples post hoc, sólo se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre Femenidad e Indiferenciado ($p = .042$), demostrándose así que las personas que se encontraban dentro de la categoría de género Indiferenciado ($M = 3.238$, $Sd = .516$) presentaban puntuaciones más bajas en Satisfacción con las áreas corporales que aquellas que se encontraban dentro del género Femenino ($M = 3.758$, $Sd = .729$) (Figura 3).

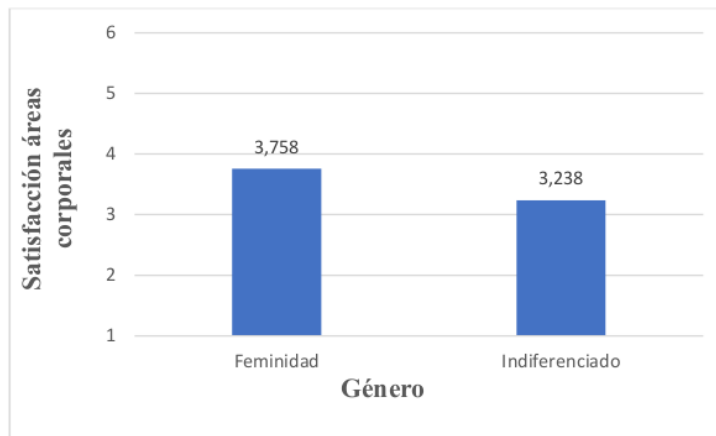


Figura 3.

4. Discusión

En este estudio se ha llevado a cabo una investigación para analizar cómo interacciona el género y las actitudes sexistas con la satisfacción con la imagen corporal, factor que ha demostrado ser nuclear en los Trastornos de la conducta alimentaria (Behar *et al.*, 2011, Caballo *et al.*, 2014; Cash y Deagle, 1997; Martínez-González *et al.*, 2014; Sepúlveda *et al.*, 2001; Vaquero-Cristóbal *et al.*, 2013). Para ello, se ha trabajado con una muestra de 262 sujetos de edades comprendidas entre los 18 y los 25 años.

Se ha tratado de determinar si el género Femenino en mujeres y hombres y el Sexismo benevolente en mujeres tienen alguna relevancia en el desarrollo de una

insatisfacción con la apariencia física; variable que se ha medido a partir de la Evaluación de la apariencia y la Satisfacción con las áreas corporales, que son dos escalas obtenidas del MBSRQ (Cash, 2000). En ambas, se mide cómo de atractiva se siente la persona en lo que respecta a la apariencia física, de manera que las puntuaciones bajas indican más insatisfacción y las puntuaciones altas más satisfacción.

Teniendo en cuenta la tasa de prevalencia de los TCA en cada sexo (1:10), se hipotetizó que el hecho de que las mujeres se vieran más afectadas (Behar, 2010; Carolina y Janet, 2011; Grant y Cash, 1995), podría guardar relación con que presentaban mayores tasas de Femenidad que los hombres (Vega, 2003), además de que su sexo tendía a asociarse a este género (Varela, 2005; Vega 2003) y con que el Sexismo tenía repercusiones negativas sobre el género Femenino, ya que precisamente consiste en la subordinación de lo femenino a lo masculino (Aguilar *et al.*, 2013; Vega, 2007).

Más en concreto, la idea sobre la que se sustenta las hipótesis planteadas es que, las mujeres, o cualquier persona con género Femenino o que la sociedad asocie a este género, presentan un mayor riesgo para estar más insatisfechas con su imagen corporal.

Ya que, precisamente, tal y como expresan Behar *et al.* (2011), las características culturales propias de la Femenidad son la complacencia, la dependencia y la autoestima subordinada a la aceptación del resto; rasgos que pueden generar mayor predisposición a integrar las presiones culturales occidentales sobre la delgadez.

De hecho, la literatura muestra que el género Femenino es un factor de riesgo para una insatisfacción con la imagen corporal. (Behar *et al.*, 2011, Behar *et al.*, 2003; Córdoba, 2011, Torres y Toro, 2012; Murnen y Smolak., 1997; Vega, 2007).

En esta línea, de la concepción de que el género Femenino está subordinado a lo Masculino como consecuencia de las Actitudes sexistas, surgió la idea de que posiblemente el Sexismo también podría favorecer una insatisfacción con la imagen corporal. Ya que facilitaría la integración de los mensajes de delgadez como sinónimo de éxito emitidos desde las sociedades occidentales.

Por ello, se evaluó si el Sexismo benevolente en mujeres correlacionaba de forma inversa con la Evaluación de la apariencia y la Satisfacción con las áreas corporales. Se

trataba de analizar si ese factor de sumisión facilita la integración de mensajes sociales sobre el ideal de belleza actual.

Tras los análisis, se han llegado a diferentes resultados. En primer lugar, se ha podido determinar que, igual que en la investigación llevada a cabo por Vega (2007), tras analizar la distribución de las diferentes categorías de género en cada sexo, dentro del grupo de hombres el género más prevalente es el Masculino, mientras que en el grupo de mujeres es el Femenino (Tabla 1).

En lo que respecta a las diferencias de género, se ha observado que, en el caso de la variable Evaluación de la apariencia, hay diferencias significativas entre el género Femenino y el Indiferenciado (no se identifica con ningún género), siendo las puntuaciones de las personas Indiferenciadas más bajas que las de las personas Femeninas. Este resultado indica que la primera hipótesis no puede ser confirmada, ya que en ella se planteaba que era el grupo Femenino el que obtendría puntuaciones más bajas.

Esta idea surge de un estudio realizado por Behar (2001), en el que se comparaba un grupo de personas con TCA y otro sin el trastorno, y se confirmaba, con diferencias significativas, que en el primer grupo puntuaban más alto en Femenidad. Igualmente, otras investigaciones han concluido que el género Femenino es un factor de riesgo para el desarrollo de una insatisfacción con la imagen corporal (Behar et al., 2011; Murnen y Smolak, 1997; Vega, 2007).

Sin embargo, en este estudio no se ha podido llegar a esas conclusiones. Al menos con la variable Evaluación de la apariencia. No podemos asumir que el género Femenino tiene un papel relevante a la hora de obtener peores puntuaciones en Evaluación de la apariencia. Lejos de ello, se ha encontrado que las personas con género Indiferenciado puntúan significativamente más bajo que las Femeninas.

De la literatura que afirma que la Androginia (identificarse con ambos géneros) es un factor de protección para el desarrollo de un TCA (Behar, 2010; Vega, 2007), las interpretaciones que extraemos sobre estas puntuaciones en esta variable es que, el hecho de no identificarse con ninguno de los dos géneros (Indiferenciado), puede privar a las personas de características propias de la Androginia que son beneficiosas para un adecuado desarrollo de la auto-imagen.

Tales características, según Root (citado por Behar, 2010), son: la regulación emocional, la autoestima alta y la asertividad. En esta línea, se recomienda, para futuras investigaciones, profundizar en el concepto de Androginia como factor de protección en los TCA.

En cuanto a la segunda hipótesis, donde se trabaja con la variable Satisfacción con las áreas corporales, también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Y esta vez han sido los de la categoría de Androginia los que presentan puntuaciones más altas con respecto a los del grupo de género Femenino.

Estos resultados sí que permiten confirmar nuestra hipótesis, al menos parcialmente. Además, se ajustan bastante a los estudios que afirman que la Femenidad es un factor de riesgo para una insatisfacción con la imagen corporal (Behar *et al.*, 2011; Murnen y Smolak, 1997; Vega, 2007) y la Androginia un factor de protección para el desarrollo de un TCA (Behar, 2010; Vega, 2007).

Es decir, si los del grupo de Androginia están más satisfechos con sus diferentes áreas corporales con respecto a los del género Femenino, implica que están más blindados a la hora de desarrollar un Trastorno de alimentación. Por supuesto, no estamos asumiendo que por el hecho de pertenecer al grupo Andrógino es imposible desembocar en un TCA, ya que hay más factores en juego. Pero sí que es interesante considerarlo, al menos, como un factor de protección a la hora de integrar los mensajes de las sociedades occidentales sobre la delgadez como receta para el éxito, y profundizar en este concepto en investigaciones futuras.

En esta misma línea, aunque solo en el grupo de hombres, de nuevo en la variable Satisfacción de las áreas corporales, se han visto diferencias significativas, pero esta vez entre el género Femenino y el género Indiferenciado, siendo los participantes de este último grupo los que han presentado puntuaciones más bajas.

De nuevo, la categoría de Indiferenciado muestra tener un papel relevante, aunque en esta ocasión con la otra variable utilizada para evaluar la satisfacción con la imagen corporal (Satisfacción con las áreas corporales). Se decidió medir la interacción entre estas variables, únicamente en el grupo de hombres, para tratar de acercarnos a comprender las diferencias de prevalencia entre sexos.

Dado que, tanto este estudio como la literatura han confirmado que el género Femenino suele estar más presente en mujeres (Varela, 2005; Vega, 2007), se trató de evaluar si los hombres Femeninos presentaban más tasas de insatisfacción con su imagen. El propósito era detectar la relevancia de la Femenidad en este proceso.

De hecho, si se hubiera confirmado la hipótesis, se habría reforzado la idea de la importancia que tiene el género Femenino en el desarrollo de los Trastornos de alimentación. Lejos de ello, han sido los del grupo de género Indiferenciado los que han presentado puntuaciones significativas más bajas.

La interpretación de este resultado es, de nuevo, que, quizás, el hecho de no identificarse con ninguno de los dos géneros, sea un factor de riesgo en el desarrollo de una imagen corporal insatisfecha. Ya que la literatura (Behar, 2010; Vega, 2007) y el presente estudio, han demostrado que identificarse con ambos géneros, esto es, pertenecer al grupo de Androginia, es beneficioso a la hora de estar satisfecho con la auto-imagen.

Asimismo, en lo que respecta a las dos últimas hipótesis, donde se trató de ver la relación entre el Sexismo benevolente con la Evaluación de la apariencia y la Satisfacción con las áreas corporales, no se ha encontrado una relación significativa. Desde esta concepción, se buscaba comprobar si el hecho de que las mujeres, a las cuáles la sociedad les asocia con Femenidad (independientemente de si pertenecen a este género o no), validasen la opresión de la Masculinidad sobre la Femenidad, esto es, manifestasen Actitudes sexistas, podía facilitar la integración de los mensajes sobre el ideal de belleza, promoviendo esto una insatisfacción con la propia imagen.

La hipótesis era que, por el hecho de validar la sumisión de lo Femenino a la Masculino (y, más aún, perteneciendo a la categoría de Femenidad) era más probable recibir y aceptar las presiones de las sociedades occidentales de la delgadez como receta para el éxito.

No obstante, probablemente hubiera sido más oportuno analizar la relación entre las variables comentadas no solo en el grupo de mujeres, sino en el grupo de mujeres que, además, se encontraban dentro del grupo de género Femenino. Es decir, aunque la sociedad tienda a asociar el sexo con el género; en este caso, ser mujer a feminidad, quizás, si no se hubieran contemplado en los análisis a las mujeres que se encontraban dentro del grupo de Masculinidad, Androginia o Indiferenciado, y solo se hubieran

incluido a aquellas dentro del grupo Femenino, la relación entre las variables de interés hubiera sido inversa, tal y como se planteaba en las hipótesis.

Es decir, sospechamos que no es suficiente con que la sociedad asocie a las mujeres con Feminidad, si no que ellas tienen que identificarse dentro del grupo Femenino para que ese factor de sumisión propio del Sexismo benevolente interfiera en el desarrollo de una insatisfacción con la imagen corporal.

Llegados a este punto, es preciso señalar que el presente estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, los participantes se seleccionaron a través de un muestreo no probabilístico de tipo incidental utilizando el método de bola de nieve, derivando en que no disponemos de una muestra representativa. De hecho, una de las grandes consecuencias es que el grupo de hombres es significativamente menor que el de mujeres.

Aunque metodológicamente sea aceptable y la información proporcionada sea de interés, no podemos sacar conclusiones a nivel poblacional. Por ello, se recomienda la replicabilidad de esta investigación, pero procediéndose a un muestreo aleatorizado.

Además, siguiendo con el tipo de muestra, no se ha podido acceder a población clínica que padeciese algún tipo de trastorno de alimentación. De haber sido posible, se habrían relacionado las variables independientes directamente con la presencia o no de un TCA, sin la necesidad de evaluar la insatisfacción con la imagen corporal en población no clínica.

En esta misma línea, aunque se haya restringido la edad con el objetivo de detectar el riesgo de TCA a edades tempranas y actuar desde la prevención, esto ha supuesto una limitación para la investigación, ya que puede haber afectado a la interacción entre las variables. Quizás en población más adulta los resultados habrían sido distintos.

Por otro lado, es interesante destacar que, al no ser un estudio experimental, no podemos asumir causalidad en la interacción de las variables comentadas. Así pues, también sería relevante contrastar en un futuro estas hipótesis, pero procediendo desde una metodología experimental que pudiese demostrar si las variables independientes planteadas son causantes de las dependientes.

A su vez, dado que la evaluación se realizó a través de internet, no se pudo controlar a los participantes durante la resolución de los cuestionarios. No se aseguró que todos

los realizasen al mismo tiempo ni en las mismas condiciones, ni tampoco se pudo resolver dudas relacionadas con los ítems. También sería importante mejorar este aspecto.

Añadir que, el hecho de que se hayan encontrado diferencias en las hipótesis donde se comparaban las diferentes categorías de género, puede estar vinculado al tipo de variables utilizadas para medir la satisfacción con la imagen corporal, que son: Evaluación de la apariencia y Satisfacción con las áreas corporales. Se trata de dos escalas obtenidas del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) elaborado por Cash (2000) y adaptado a una muestra española por Roncero *et al.* (2015).

Son dos escalas que buscan medir la satisfacción de los participantes con la imagen, pero que han mostrado resultados diferentes en la misma muestra. Por ello, quizás, para futuras investigaciones que quieran replicar este estudio, podría ser recomendable explorar cuál de las dos mide de forma más precisa la satisfacción con la imagen corporal.

Para concluir, a pesar de las limitaciones comentadas, la presente investigación aporta ideas relevantes respecto a al papel del género y las actitudes sexistas en el desarrollo adaptativo de la evaluación y la satisfacción con nuestra imagen corporal; el cual actúa como factor de riesgo en el inicio de los Trastornos de la conducta alimentaria.

Referencias

- Aguilar, Y., Valdez, J., González-Arratia, N., y González, S. (2013). Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México contemporáneo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 18(2), 207-224.
- Arancibia, M. (2014). DSM-5 y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(1), 22-33.
- Behar, R. (2011). Expresión emocional en los trastornos de la conducta alimentaria: alexitimia y asertividad. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 338-346.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334.
- Behar, R. (2010). Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2), 135-146.
- Behar, R., Barrera, M., y Michelotti, J. (2003). Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista médica de Chile*, 131(7), 748-758.
- Behar, R., Barrera, M., y Michelotti, J. (2002). Femenidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Revista médica de Chile*, 130(9), 964-975.
- Behar, R., Barrera, M., y Michelotti, J. (2001). Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista médica de Chile*, 129(9), 1003-1011.
- Behar, R., Vargas, C., y Cabrera, E. (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(1), 26-36.

- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of consulting and clinical psychology, 42*(2), 155-162.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., y Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental, 35*(6), 483-490.
- Blanco, L. H., Viciano, J., Aguirre, J. F., Zueck, M. D. C., Pando, B., y Verónica, E. (2017). Composición factorial del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) en universitarios mexicanos. *Revista de Psicología del Deporte, 26*(2), 113-118.
- Caballo, V., Salazar, I., y Carrobbles, J. C. (2014). Trastornos alimentarios. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp.571-593). Madrid: Pirámide.
- Carolina, L. G., y Janet, T. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes, 22*(1), 85-97.
- Cash, T.F. (2000) MBSRQ user's manual, 3rd edn. Old Dominion University Press, Norfolk.
- Cash, T.F. y Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of Body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 22*(2), 107-125.
- Cash, T. F., & Henry, P. E. (1995). Women's body images: The results of a national survey in the USA. *Sex roles, 33*(1-2), 19-28.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación psicológica, 7*, 175-190.

- Córdoba, M. (2011). El “paradigma cultural” en la definición de los desórdenes de la imagen corporal: sus potenciales aportes a una teoría social corporizada de orientación crítica. *Estudios sociales sobre el cuerpo: prácticas, saberes, discursos en perspectiva* (pp.112-127). Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora
- Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Włodarczyk, A., & Echeburúa, E. (2018). The effect of body dissatisfaction on disordered eating: The mediating role of self-esteem and negative affect in male and female adolescents. *Journal of health psychology* 1(11), 1-11.
- Dooley-Hash, S., Banker, J. D., Walton, M. A., Ginsburg, Y., y Cunningham, R. M. (2012). The prevalence and correlates of eating disorders among emergency department patients aged 14–20 years. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 883-890.
- Expósito, F., Moya, M. C., & Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología social*, 13(2), 159-169.
- Fairburn, C. G., y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM–5 and clinical reality. *The British journal of psychiatry*, 198(1), 8-10.
- Fernández, F., & Probst, M. (1994). Evaluación de la imagen corporal en pacientes con trastornos de la alimentación y controles: técnica de distorsión de la imagen de video. *Revista de Psicología de la Salud*, 6 (2), 59-73.
- Fisher, M. I., y Hammond, M. D. (2019). Personal ties and prejudice: A meta-analysis of romantic attachment and ambivalent sexism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 45(7), 1084–1098.
<https://doi.org/10.1177/014616721880455>

- Froján-Parga, M. J., y Santacreu-Mas, J. (1999). Comportamiento y aprendizaje. *Qué es un tratamiento psicológico* (pp. 59-82). Biblioteca Nueva: Madrid.
- García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: modelos explicativos. *Escritos de Psicología-Psychological Writings*, (7), 71-81.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.
- Glashouwer, K. A., Neimeijer, R. A. M., de Koning, M. L., Vestjens, M., y Martijn, C. (2018). Evaluative conditioning as a body image intervention for adolescents with eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(12), 1046–1055. <https://doi.org/10.1037/ccp0000311>
- Glick, P., y Fiske, S. T. (2018). The ambivalent sexism inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 491-512.
- Glick, P., y Fiske, S. T. (1997). Hostile and benevolent sexism: Measuring ambivalent sexist attitudes toward women. *Psychology of women quarterly*, 21(1), 119-135.
- Glick, P. y Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- Grant, J. R., & Cash, T. F. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy: Comparative efficacy of group and modest-contact treatments. *Behavior Therapy*, 26(1), 69-84.

- Halim, M. L., y Ruble, D. (2010). Gender identity and stereotyping in early and middle childhood. *Handbook of gender research in psychology* (pp. 495-525). New York: Springer.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., y Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Katz, P. A., & Ksiansnak, K. R. (1994). Developmental aspects of gender role flexibility and traditionality in middle childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 30(2), 272-282
- Kelly, A. C., y Carter, J. C. (2013). Why self-critical patients present with more severe eating disorder pathology: The mediating role of shame. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 148-161.
- Kling, J., Kwakkenbos, L., Diedrichs, P. C., Rumsey, N., Frisén, A., Brandão, M. P., y Fitzgerald, A. (2019). Systematic review of body image measures. *Body Image*, 30, 170-211. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.06.006>
- Litmanen, J., Fröjd, S., Marttunen, M., Isomaa, R., y Kaltiala-Heino, R. (2017). Are eating disorders and their symptoms increasing in prevalence among adolescent population? *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(1), 61-66. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1224272>
- Lomas, C. (2005). ¿El otoño del patriarcado? El aprendizaje de la masculinidad y de la feminidad en la cultura de masas y la igualdad entre hombres y mujeres. *Cuadernos de trabajo social*, 18, 259-278.

- Machado, P. P., Gonçalves, S., y Hoek, H. W. (2013). DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: Evidence from community samples. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 60-65.
- Martínez-Fornés, S. (1994). La importancia de la imagen corporal. *La obsesión por adelgazar. Bulimia y anorexia* (pp. 19-24). Madrid: Espasa Calpe.
- Martínez-González, L., Fernández, T., Molina de la Torre, A. J., Ayán, C., Bueno, A., Capelo, R., y Martín, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 927-934.
- Mateo, M. A., y Fernández, J. (1991). La dimensionalidad de los conceptos de masculinidad y feminidad. *Investigaciones Psicológicas*, 9, 95-116.
- Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends in neurosciences*, 13(3), 88-92.
- Moya, M. C., Navas, M. y Gómez, C. (1991). Escala sobre Ideología del Rol Sexual. *Libro de comunicaciones del III Congreso Nacional de Psicología Social*. Vol. 1 (pp. 554-566), Santiago de Compostela.
- Murnen, S. K., y Smolak, L. (1997). Femininity, masculinity, and disordered eating: A meta analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 22(3), 231-242.
- Ochoa, N. C., Ramos, E. C., Méndez, A. J. G., y Alamilla, E. K. M. (2013). Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(1), 51-55

- Pamies, L., y Quiles, Y. (2014). Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros. *Anales de psicología*, 30(2), 620-626.
- Peláez, M. A., Raich, R. M., y Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), 62-75.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53(1), 187-213
- Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*, (7), 149-161.
- Rohde, P., Stice, E., y Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 187-198.
- Roncero, M., Perpiñá, C., Marco, J. H., y Sánchez-Reales, S. (2015). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Spanish version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales. *Body Image*, 14, 47-53.
- Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8(2), 171-183.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J., y León, J. A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 225-242.

- Torres, F., y Toro, J. (2012). Las representaciones corporales: una propuesta de estudio desde una perspectiva compleja. *Eureka (Asunción) en Línea*, 9(1), 88-97.
- Tougas, F., Brown, R., Beaton, A. M. y Joly, S. (1995). Neosexism: Plus Ça Change, Plus C'est Pareil. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21(8), 842-849.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 28(1), 27-35.
- Varela, N. (2005). La mirada feminista. *Feminismo para principiantes*. (pp. 171-185). Barcelona: Ediciones B.
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M. T., y Mancilla-Díaz, J. M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 108-120.
- Vega, V. (2007). Adaptación argentina de un inventario para medir identidad de rol de género. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 39(3), 537-546.
- Woodside, D. B., Shekter-Wolfson, L. F., Brandes, J. S. y Lackstrom, J. B. (1993). *Eating disorders and marriage. The couple in focus*. New York: Brunner/Mazel
- Zimmerman, M., Francione-Witt, C., Chelminski, I., Young, D., y Tortolani, C. (2008). Problems applying the DSM-IV eating disorders diagnostic criteria in general psychiatric outpatient practice. *The Journal of clinical psychiatry*. 69 (3), 381-384.