

# Asociaciones entre los estereotipos de género tradicionales y los trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia y juventud. Una revisión sistemática

**Candela Fernández Cassi**

Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires (UBA). Buenos Aires, Argentina.

**Valeria Teresa Pedrón**

Instituto de Investigación. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina.

Enviado: 15/03/22.

Aceptado: 31/05/22.

## Resumen

Diversas investigaciones han estudiado la relación entre los roles de género tradicionales presentes en la cultura y el desarrollo de los trastornos de la alimentación. Los trastornos de la conducta alimentaria son una problemática compleja y multicausal que afecta principalmente a les adolescentes y jóvenes. Es por ello que se vuelve importante revisar la bibliografía sobre los estereotipos de género tradicionales y observar cómo se asocian con los indicadores de trastornos alimentarios. Para ello se llevó a cabo una revisión sistemática sobre las investigaciones de las últimas dos décadas (2001-2021) respecto de la contribución de los estereotipos de género tradicionales en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Se encontraron 13 estudios que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Sobre los hallazgos, 11 de los 13 estudios encontrados reportaron que existía una relación entre los estereotipos de género tradicionales y los trastornos de la conducta alimentaria. La mayoría poseía resultados positivos en cuanto a la contribución del estereotipo de género femenino tradicional a la patología alimentaria, sea en mujeres o en hombres. Con respecto a la masculinidad sólo el 23,07% de los estudios la hallaron como un factor protector de los trastornos alimentarios, mientras que otros hallaron que la androginia prevalecía en las personas sin trastorno. Se concluye que es necesario realizar más investigaciones en el contexto latinoamericano, teniendo en cuenta el creciente aumento de las patologías alimentarias.

**PALABRAS CLAVE:** TRASTORNOS ALIMENTARIOS, ROL DE GÉNERO, ESTEREOTIPOS DE GÉNERO, ADOLESCENTES.

## Associations between traditional gender stereotype and eating disorders during adolescence and youth. A systematic review

### Abstract

Diverse investigations have studied the relation between traditional gender roles present throughout our culture and the development of eating disorders. Eating disorders are a complex and multicausal problem which affects mainly teenagers and young people. This multicausality is explained through the interaction of different psychological, biological and socio-cultural elements. Therefore, it is important to review reports exploring the association between traditional gender stereotypes and eating disorders indicators. For this, we carried out a systematic review addressing the last two decades of research (2001-2021) regarding the contribution of traditional gender role stereotypes in the development of eating disorders. We found 13 studies that met the inclusion- exclusion criteria. Over these findings, 11 of the 13 were found to report the existing relation between traditional gender role stereotypes and eating disorders. Most had positive results regarding the contribution of the traditional female gender stereotype to eating disorders pathology in women or in men. In respect to masculinity, only the 23,07% of the studies found it out as a protector factor of eating disorders while others found that androgyny was prevalent in people without eating disorders. Therefore, we can conclude that it is necessary to carry out more research in the Latin American context, having noticed the growing increase in the eating pathologies.

**KEYWORDS:** EATING DISORDER, EATING PATHOLOGY, GENDER ROLE, GENDER STEREOTYPE, ADOLESCENTS.

### Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un grupo de graves alteraciones en la conducta cuyos rasgos psicopatológicos son la preocupación por el peso y la figura, (Belén Leyva Vela, 2014) la imposibilidad de ver la forma y el peso corporal tal y como son (Sánchez & Moreno, 2007) y la convicción de que la autovaloración está fuertemente determinada por la apariencia física (Belén Leyva Vela, 2014). Estos trastornos pueden requerir de un tratamiento largo, volviéndose crónicos en gran parte de los casos, y con un gran sufrimiento personal y familiar (Correa, 2006). Estas patologías son emergentes en los países desarrollados y en vías de desarrollo, y se ubica como la tercera enfermedad crónica más común entre les adolescentes después de la obesidad y el asma (Gonzalez, 2007) siendo un conjunto de síndromes complejos y multicausales que afectan principalmente a la población joven (Carolina, 2011). Según las clasificaciones internacionales de trastornos de salud mental, existen diferentes categorías dentro de los trastornos de la conducta alimentaria: Bulimia Nerviosa, Anorexia Nerviosa, Trastorno por atracón, Pica, Rumiación, Trastorno Evitativo/Restritivo de la ingesta alimentaria, y por último la

categoría diagnóstica residual de No Especificados, donde se ubican los casos que presentan síntomas cardinales parecidas al resto de los trastornos alimentarios, pero sin llegar a cumplir con todos los criterios para otra de las principales categorías de la dimensión (Carolina, 2011). Actualmente, con las últimas modificaciones del DSM V se redujeron los números de casos considerados no especificados, y si bien dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria la estabilidad diagnóstica es baja, con estas modificaciones se llega a capturar mucho mejor la varianza en la escala psicopatológica (Behar, 2014). Cabe mencionar a los Trastornos de Dismorfia Corporal que son aquellos configurados como la preocupación obsesiva con algunas zonas del cuerpo que la persona encuentra defectuosa (Behar, 2016), para referirnos más precisamente a la Dismorfia Muscular o también Vigorexia, que tiene lugar principalmente en hombres y se desarrolla como la preocupación por ser débil o poco musculoso, o a la preocupación excesiva de ganar masa corporal, (Behar, 2016). A la inversa de los trastornos alimentarios como la anorexia, el trastorno de dismorfia corporal tiene más prevalencia en hombres (Behar, 2015). Vale esclarecer que en el DSM la dismorfia corporal se encuentra ubicada dentro de los trastornos obsesivos por la manera en que se manifiesta; gran parte de la sintomatología del trastorno de dismorfia corporal se superpone con el grupo sintomático de trastornos de la conducta alimentaria ya que comparten tanto con la Anorexia como con la Bulimia la autopercepción distorsionada de la propia imagen y el peso corporal (Sánchez & Moreno, 2007) donde a su vez tienen lugar rasgos obsesivos de chequeo, control y autoobservación (ver revisión Behar 2016). Es por esto que se puede considerar que el desarrollo del trastorno de dismorfia muscular comprendería un trastorno alimentario orientado hacia la búsqueda de musculatura (Johnson 2004, Smolak 2008).

Al tratarse de enfermedades cardinalmente relacionadas con la imagen corporal, que afectan principalmente a población adolescente y joven (Sánchez & Moreno, 2007) su desarrollo podría estar vinculado con los estándares de belleza (Limiñana gras, 2013) que ofrecen los medios masivos de comunicación, o la influencia de distintos agentes socializadores de representaciones sociales, como lo son los juguetes, o personajes de ficción (Torres, 2018). La vigente concepción de belleza que monopoliza el marketing ofrece a la delgadez y la muscularidad como modelos de perfección, y por lo tanto sinónimos de éxito social y productividad (Salinas Resilini, 2011). Estos atributos se convierten en valores en sí mismo ya que perpetuamente han sido aceptados socialmente (Salinas Resilini, 2011), por un lado porque es una carta de presentación para conseguir un empleo o estatus, y por otro porque un cuerpo que cumpla con esas características es rentable en sí mismo con la posibilidad de ser utilizado para fines económicos (Salinas Resilini, 2011). Si bien la bibliografía sugiere que la cultura de la delgadez ejerce su principal efecto sobre las mujeres (Romano, 2006), los hombres se encontraban presionados por conseguir un ideal corporal diferente, el de la muscularidad (Rutzstein, et al., 2004; Smolak y Turnen, 2008). Esta existencia de un ideal de belleza sólido y único admite una presión (Gerbotto y Partuzo, 2020) puesto que la mera existencia lo convierte en un valor de referencia difícilmente trivial (Maganto & Cruz, 2000).

En el 2010 un informe de la Sociedad Argentina de Pediatría arrojó que 1 de cada 25 adolescentes sufre algún desorden alimentario, y entre estos el 10% padece bulimia y/o

anorexia. Si bien aún no está delimitado un único factor que sea el responsable de la etiología de estos trastornos, hoy en día se puede considerar al rango etario, a las dietas y al género como factores relacionados con la aparición y el desarrollo de los desórdenes alimenticios (Correa, 2006). El hecho de que haya estudios que indiquen que les dietantes pueden considerarse un grupo vulnerable al desarrollo de estos trastornos se debe a que existe un factor en común entre las personas que llevan a cabo dietas y aquellos con trastornos de la conducta alimentaria que es la preocupación por la alimentación y la insatisfacción con el aspecto y el peso corporal (Fernández Lameiras, 2003); especialmente en lo referido a las mujeres en las cuales las dietas están más presentes que en los hombres (Fernández Lameiras, 2003).

En lo que respecta al rango etario, la adolescencia es una etapa crucial en el ciclo vital de una persona, que está caracterizada por ser el momento donde se da la transición de la infancia a la adultez (Czernik et al., 2006). Esta transformación se evidencia en distintos aspectos, en un nivel físico por el desarrollo del sistema neuroendocrino, como en lo psicológico y social, por una inestabilidad identificatoria que surge en la búsqueda de una mayor autonomía para la adaptación en el mundo adulto, y el consecuente abandono de la niñez (Czernik et al., 2006). Teniendo en cuenta que la adolescencia es un proceso de maduración y búsqueda (Czernik et al., 2006), se podría pensar que están más expuestos a los lineamientos imperantes del sistema social y cultural.

Se sabe que los mensajes mediáticos influyen, y si bien es casi imposible tomar dimensión del poder que ejercen sobre las conciencias, en mayor o menor medida todas las personas intentan adecuarse al modelo establecido (Maganto & Cruz, 2000). La distancia que existe entre el modelo propuesto y los cuerpos reales sumada a la necesaria reorganización de la imagen corporal a raíz de los cambios fisiológicos que se dan en la adolescencia, se unirán enérgicamente con las exigencias culturales de la propia comunidad, les referentes sociales y de grupo (Limiñana Gras, 2013). Se sugiere que esto puede llevar a una insatisfacción importante en relación a la propia imagen corporal y de este modo favorecer el desarrollo de algún trastorno (Maganto & Cruz, 2000).

Así pues la bibliografía especializada indica que las expectativas socioculturales y los roles de género parecen tener algún tipo de incidencia en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (Limiñana Gras, 2013), especialmente en la cultura occidental donde tiene lugar un énfasis permanente en el atractivo físico, planteando modelos de belleza fuertemente ligados a lo delgado y lo esbelto, especialmente en las mujeres donde los estándares de belleza y los estereotipos corporales están muy afianzados (Carballo & Campos, 2000). En este sentido la variable de la edad y del género hacen una diferencia, ya que la población adolescente es la más afectada de este tipo de trastornos (Carolina, 2011) debido a la necesidad de integrar la nueva imagen corporal que aparece tras el paso de la pubertad (Maganto & Cruz, 2000), consolidándose en un movimiento de integración que asume claras influencias sociales (Gonçalves, 2014). Con respecto al género podemos decir que es una lectura social y cultural (Esteban, 2006) que guarda alguna relación con la organización biológica que diferencia a los humanos por su sexo genital -hombre/mujer/intersexual-, pero que está referida principalmente al comportamiento de una persona y

es por eso que se utiliza para describir roles, características y expectativas compartidas por una determinada sociedad (Caricote, 2006).

La identidad de género es aquella identidad social que podría definirse como una autoevaluación del grado de esos atributos estereotipados (Vergara y Páez, 1993). Este tipo de identidad es un componente del autoconcepto que se adquiere a una edad muy temprana, a partir del mensaje familiar y social de la propia imagen corporal establecido por una definición genital (Cantore, 2012); esta identidad genérica se convierte en central y la de mayor capacidad organizativa, debido a la relevancia que le concede la sociedad (Gonçalves, 2014) e incluso en el hecho de que el sexo es un dato obligatorio y público en el manejo burocrático de las personas. A este respecto los estereotipos de género son ideas preconcebidas de cómo es o debería ser un hombre o una mujer y sus relaciones recíprocas, estos traen aparejados valores y costumbres que tienen la tendencia de posicionarse como naturales y de esta manera contribuir en la reproducción de los mismos (Caricote, 2006). Hay lecturas que proponen a esta experiencia de habitar y reproducir un rol de género previamente categorizado como un entrenamiento de género, que nos va moldeando en la adquisición de habilidades y recursos ya que tiene la competencia de ir incorporarse en nuestra red neuronal (Weissa et al., 2003; Hyde, 2016; Ciccía, 2018). Si bien existen una gran variedad de géneros se utilizará sólo femenino y masculino para referirnos a los estereotipos de género tradicionales (Césares, 2006), entendidos en términos de producción histórica y cultural independientemente de la diferencia sexual anatómica sobre la que se construyeron (Lamas, 2007).

En esta distribución diferencial de los atributos personales, el modelo tradicional masculino se encuentra asociado a la fuerza física, a la agresividad, a la racionalidad ante la emocionalidad, y a la autosuficiencia e independencia (Caricote, 2006). En cambio, lo femenino se caracteriza por la belleza, la simpatía, la emocionalidad ante la racionalidad, la afectividad y la sensibilidad (Caricote, 2006). En la trasmisión de estos estereotipos los medios de comunicación tienen una importante función (Torres, 2018) ya que son los encargados de la producción y reproducción de sentidos e imágenes que refieren a lo que deben ser las personas y su vida en distintos niveles: cómo es correcto actuar, cómo es esperable sentirse, cómo es deseable lucir (Behar, 2010). Sentidos a los que los adolescentes son particularmente permeables por estar en una etapa donde tiene lugar la maduración sexual, (Caricote, 2006) de modo que surge una necesidad por asumir un rol social como parte del ingreso continuo a la sociedad adulta en un proceso de consolidación de una identidad social definitiva (Vega, 2007). Ninguna institución en una sociedad queda exenta de estas nociones culturales, y es de este modo que se convierten en grandes reproductores de esta división genérica, utilizando diferentes clasificaciones y pautas para moldear o modelar los géneros (Lamas, 2007).

En ese marco es importante destacar que estas sociedades a la que nos estamos refiriendo están organizadas sobre la heteronormatividad y cissexismo, (Ciccía, 2017; 2018) debido a que poseen una validez normativa en tanto son equivalentes de salud psíquica y física (Ciccía, 2017; 2018). Es evidente el hecho de que estas cuestiones sociales son parte de los valores y costumbres que traen aparejados los estereotipos de género (Ciccía, 2017; 2018; Torres, 2018) y en ese sentido algunos de los estudios utilizan a la homosexualidad

(Russell, 2002; Hospers, 2005; Meyer, 2001) y la transexualidad (McClain, Z., & Peebles, R., 2016; Arikawa et. al., 2016) como un posible factor de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria.

Para poder comprender el motivo por el que alguien decide expulsar lo ingerido o restringir la ingesta hasta quedar en riesgo vital, es preciso introducir al análisis la mediación de los procesos mentales, encargados de modular e intermediar la relación con nuestro cuerpo y el mundo (Limiñana Gras, 2013). La clínica psicológica plantea que en la génesis de una enfermedad la lectura de los distintos factores por separado nos ofrece una visión parcial, puesto que lo fundamentalmente explicativo en la etiología de un trastorno es la interacción recíproca de los distintos elementos psicológicos, biológicos y socioculturales (Muransky, 2010). En esta multideterminación los factores de riesgo pueden ocurrir en ambientes variados (familia, grupo de pares, escuela) es por eso que el influjo del contexto no es menor, convirtiendo a las mujeres adolescentes y adultas jóvenes que viven en la cultura occidental en el principal grupo de riesgo para el desarrollo de una patología alimentaria (Garner, 2004 en Behar, 2010). Es importante aclarar que diversas investigaciones demuestran que los índices de prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria en países no occidentales son similares a los occidentales con un incremento en los últimos 20 años (ver revisión de Muransky, 2010). Fenómeno posiblemente relacionado con la globalización y la facilidad con la que se transmiten los modelos corporales a través de las nuevas tecnologías (Limiñana Gras, 2013) que acercan, mediante los medios de comunicación masiva, los ideales de belleza forjando cambios culturales (Muransky, 2010).

Teniendo en cuenta todo lo mencionado, el objetivo de la presente investigación es hacer una revisión sistemática del conocimiento actual sobre la relación entre estereotipos de género tradicionales y la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes de ambos sexos.

## Método

### *Criterios de elegibilidad*

La metodología PRISMA para la presentación de informes de revisiones sistemáticas fue la que guió esta revisión. La misma implica anticipar los criterios de escogimiento de los trabajos incluidos.

Se revisaron los artículos de investigación realizados en las últimas dos décadas (2001-2021), en los idiomas de inglés, y español, con estatus de publicación "publicado". La búsqueda documental se realizó utilizando descriptores seleccionados especializados en psicología.

### *Fuentes de información*

Se emplearon las bases de datos de Sciencedirect, PubMed, y EBSCO, utilizando la combinación de las siguientes palabras clave en inglés (palabra de texto y/o término incluido en el tesoro): gender role, gender stereotype, gender indentity, eating disorders, eating pathology, adolescents, young adults. Para asegurar la saturación de la literatura, se revisaron además las listas de referencias de las revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre el tema.

El esquema de la búsqueda realizado fue el siguiente: (“Gender Role” OR “Gender Stereotype” OR “Gender Identity”) AND (“eating disorders” OR “Eating Pathology”) AND (“Adolescents” OR “Young adults”).

### *Estrategias de análisis de datos*

Se llevó a cabo, en primer lugar, la lectura del título, resumen y palabras clave de los artículos. Luego se codificaron los artículos según la idoneidad presentada. Las características que debían cumplir los artículos fueron: a) adolescentes cissexuales b) edades comprendidas entre 13 a 30 años, b) investigaciones con alcance asociativo, descriptivo y exploratorio (no correlacional o explicativo), c) con variable externa de adherencia a estereotipo de género tradicional, d) estudios transversales. Se excluyeron aquellos artículos que trabajaron con población adulta mayor o infancias, personas con comorbilidades y muestras específicas (bailarinas, atletas) que podrían interferir los efectos en tanto la probabilidad de incidencia es mayor. También se excluyeron los estudios que se enfocaban en medir otra característica y median la relación entre el rol de género y los trastornos de conducta alimentaria de manera secundaria: estilos parentales, narcisismo, auto discrepancia, estilos de consumo, consumo de anabólicos o dietas, actividad deportiva, etc. En cuanto a los instrumentos para evaluar los estereotipos de género tradicionales y los trastornos de la conducta alimentaria se excluyeron las investigaciones cualitativas que no incluían alguna medida psicométrica.

En el caso que estos criterios de inclusión no fueran cumplidos, o que la mera lectura del título, resumen y palabras clave no fuesen suficientes, se accedía a leer la introducción y método del artículo, analizando finalmente si cumplía con los requisitos de la revisión sistemática. En los casos en que no se pudieron acceder a los artículos directamente, se contactó a los autores a través de las redes sociales especializadas (ResearchGate, Academia.edu, entre otros).

#### Resultados

La búsqueda inicial arrojó 33 artículos en PubMed, 86 artículos en EBSCO y 331 en ScienceDirect, de los cuales 13 estudios cumplieron con todos los criterios mencionados anteriormente. No fue necesario contactar a ningún autor/a para pedir el artículo.

De los 13 estudios de investigación revisados, el 46.15% ( $n=6$ ) pertenecían a Norteamérica, 30.77% ( $n=4$ ) a Europa, y el 23.08% ( $n=3$ ) a Latinoamérica, no se obtuvieron resultados que cumplan con los criterios en otros continentes. La cantidad de publicaciones no fue homogénea a lo largo de las dos décadas. En el primer lustro (2001-2011) se encontraron 10 trabajos (76.92%). En el segundo lustro (2011-2021) se encontraron 3 (32.08%). Casi el 50%

( $n=6$ ) de los estudios trabajaron con muestra que presentaron edades promedio menores a 20 años, en las demás investigaciones ( $n=7$ ) la edad de los adolescentes y jóvenes adultos osciló entre 20 y 30 años. Del total de los estudios seleccionados 30.76% ( $n=4$ ) tomaron sus muestras dentro de diferentes colegios (públicos y privados), el 15.38% ( $n=2$ ) dentro de la Universidad, el 23.07% ( $n=3$ ) mediante folletos, de boca en boca o avisos en internet y el 30.76% ( $n=4$ ) dentro de una institución psiquiátrica o consulta clínica, dentro de estos últimos 3 usaron una muestra universitaria para grupo control.

Nueve de los trabajos encontrados se publicaron en inglés, excepto cuatro que estaban en español. Todas las investigaciones utilizaron muestreos no probabilísticos de tipo incidental, es decir seleccionaron directa e intencionalmente a las personas de la población que formarán la muestra, tres de los estudios son incidentales por bola de nieve.

Con respecto a los diseños de investigación para medir las variables de estereotipo de género tradicional, todos los estudios utilizan instrumentos psicométricos que miden a través de diseños con escala tipo Likert para auto-reporte dando lugar a puntuaciones mínimas y máximas de cada ítem traduciéndose en la adherencia/presencia mayor o menor del rasgo estereotípico medido. El 69.23% ( $n=9$ ) de los estudios utilizaron el BRSI, luego el 15.38% ( $n=2$ ) utilizó el SGSS, el 7.7% ( $n=1$ ) utilizó MASVS y otro el 7.7% ( $n=1$ ) usó el IMAFE. Las medidas fueron: a) El Inventario de Bem para Roles Sexuales (Bem, 1974) mide atributos tradicionalmente femeninos (sensible a las necesidades de los demás; comprensivo; tierno; me gustan los niños; de voz suave, etc.), tradicionalmente masculinos (agresivo; dominante; independiente; uso malas palabras; etc.) y neutros; (veraz, feliz, egoísta, etc.). Los ítems corresponden a rasgos socialmente deseables de personalidad y dividen a las personas en cuatro categorías: femeninas, masculinas, andróginas e indiferenciadas. b) El Inventario de Masculinidad y Femenidad IMAFE (1993) está basado en el BRSI y es una escala para medir papeles de género en México, está agregada dos escalas y divide los rasgos considerados deseables de la masculinidad y los no deseables en otra escala llamada machismo; y a su vez los deseables de la femineidad y los no deseables en otra escala llamada sumisión. c) La Subescala de Roles de Género de la Escala de Valores Culturales Americanos de Jóvenes México-americanos (Gender Roles subscale from the Youth-Mexican American Cultural Values Scale MACVS) mide valores culturales de las personas mexicoamericanas en la adolescencia temprana y la edad adulta, los ítems que reflejan los roles de género tradicionales se centraron en las expectativas que diferencian a los hombres (sostén de familia, independencia, jefe de hogar) de las mujeres (crianza de los hijos, protección de las niñas). d) La Escala Escolar de Socialización de Género (School Gender Socialization Scale SGSS) es una escala norteamericana para aplicar a mujeres de entre 16 y 18 años que mide las normas sociales de género en una escuela a través de diferentes afirmaciones sobre: los comportamientos de roles de género no tradicionales, socialización de género tradicional, preocupaciones académicas, preocupaciones sobre la apariencia, preocupaciones por las citas, prejuicio de género femenino.

En cuanto a los instrumentos para medir los trastornos alimenticios todos fueron medidas psicométricas y en varios estudios se usan más de una, de estas todas fueron autoadministrables como el Test de Actitudes Alimentarias (Eating Disorder Test, EAT) ( $n=7$ ), Inventario de Desórdenes Alimentarios (Eating Disorder Inventory, EDI) ( $n=5$ ),

Cuestionario de Examinación de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Examination Questionnaire EDE-Q) (n=2), el Test Revisado de Bulimia (Bulimia Test Revised (BULIT-R) (n=1), a excepción de los criterios del DSM (n=4) que deben ser tomados en el marco de una entrevista. Las pruebas fueron: a) EAT, sea en su versión original de 40 ítems o en su abreviación de 26 es un cuestionario para evaluar una amplia gama de síntomas de la anorexia nerviosa y su función es la de identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas b) el EDI a su vez está más abocado a medir rasgos específicos de los TCA, características cognitivo-conductuales asociadas tanto a la anorexia nerviosa como a la bulimia c) el EDE-Q es una medida de las características específicas de la bulimia d) el Test Revisado de Bulimia (Bulimia Test Revised BULIT-R) es una medida de las características específicas de la bulimia pero en función de tamizaje.

En cuanto a los resultados, once (84,61%) de los trece estudios encontrados reportaron que existía una relación entre los estereotipos de género y los trastornos alimentarios, con excepción de dos (Russell 2002; Hospers, 2005) que informaron no haber encontrado relación entre estas dos variables. Sobre los hallazgos, se encontró que la mayoría poseía resultados positivos en cuanto a la contribución del estereotipo de género femenino tradicional a la patología alimentaria (76,92%, n=10), entre estos, ocho encontraron una correlación positiva entre feminidad y desórdenes alimenticios, mientras que dos hallaron la influencia del estereotipo femenino en hombres que presentaban más bulimia, obsesión por la delgadez (Lampis, 2019) e insatisfacción corporal (Pritchard, 2008). Sin embargo una minoría halló a la femineidad no asociada a la psicopatología alimentaria (Russell, 2002; Hospers, 2005).

Con respecto a la masculinidad sólo el 23,7% (n=3) de los estudios la hallaron como un factor protector de los trastornos alimentarios (Hepp, 2005; Lopez, 2013; Meyer, 2001) mientras que otros (38,46%, n=5) hallaron que la androginia prevalecía en las personas sin trastorno (Pritchard, 2008; Mensiger, 2007; Behar, 2001, 2002, 2003).

En las investigaciones que controlaron la variable orientación sexual obtuvieron resultados diferentes, los hombres homosexuales y heterosexuales que poseían bajos niveles de masculinidad presentaban una mayor insatisfacción corporal (Hospers 2005; Russell, 2002), a su vez otro estudio arrojó que los hombres que registran menos comodidad con su orientación tienen más anorexia y mayor insatisfacción corporal (Russell, 2002), mientras que los hombres homosexuales que tienen rasgos masculinos tienen tendencias bulímicas más bajas (Meyer, 2001).

Por último, una de las investigaciones (Silva, 2017) agregó información sobre la incidencia de la ubicación geográfica encontrando que mediaba en donde se encuentren las personas con respecto al centro en cómo afectan los roles de género, encontró que las adolescentes del contexto más alejado de la ciudad experimentan mayor preocupación por la comida y presentan más conductas compensatorias y que esto está fuertemente relacionado con las características negativas de los roles de género como la sumisión y el machismo.

**Tabla 1.** Resumen de las características principales de los estudios recabados en la revisión sistemática.

**AN-BN:** anoréxicas tipo compulsivo-purgativo / **AN:** anoréxicas tipo restrictivo / **TANE:** trastornos de la conducta alimentaria no especificado / **BN:** bulímicas nerviosas tipo purgativo.

**MST:** mujeres sin trastorno / **MCT:** mujeres con trastorno / **HST:** hombres con trastorno

Estudio	Muestra	Diseño	Resultados
Behar Rosa, et. al. (2001) Chile	Mujeres Con Trastorno alimentario (n=63, AN-BN n=36, BN n=20 y AN n=7), y Mujeres Sin Trastorno alimentario (n=63). Edad promedio de las encuestadas fue de 22.2 años. La toma de datos fue entre 1998 y 2000.  Muestreo intencional.	Se utilizaron entrevistas para recolectar datos sociodemográficos (edad, peso actual, talla, peso ideal y preguntas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV) y el Inventario Bem para Rol Sexual (Bem Sex-Role Inventory BSRI).	Escolaridad: El grupo MST tenía un nivel universitario. Dentro del grupo MCT el 55,6% (n=35) poseía educación universitaria, el 31,7% (n=20) enseñanza media, 11,1% (n=7) un grado de educación técnica y un 1,6% (n=1) enseñanza básica. Estereotipos de género y TCA: La categoría principal de identidad genérica del grupo MCT obtuvo un promedio de 5,2 (DE= 0,7) en la categoría feminidad, de 4,3 en masculinidad (DE= 0,9) y de 4,8 en neutralidad (DE= 0,6). Por su parte, el grupo MST presentó un promedio de 5,2 (DE= 0,5) en feminidad, 4,6 (DE= 0,6) en masculinidad y 4,8 en neutralidad (DE= 0,5). A pesar de la igualdad de promedios entre ambos grupos, la prevalencia de mujeres susceptibles de ser catalogadas en la categoría femenina fue significativamente mayor en el grupo MCT que en el MST (p= 0,018), también en la categoría masculina, aunque con prevalencia y significación mucho menor (p=0,031). En cambio las prevalencias de categorías indiferenciada y andrógina fueron mayores en MST, siendo la primera significativa (p=0,046). Estos hallazgos destacan el mayor porcentaje de mujeres calificadas en la categoría femenina en el grupo MCT (n=27) en contraposición al grupo MST (n=15) (42,9% vs 23,8%); un mayor porcentaje en el grupo MST frente al grupo MCT de mujeres catalogadas como Andrógina (31,7% vs 19,0 respectivamente) e indiferenciadas (42,9% vs 27,0 respectivamente).

Behar Rosa, et. al. (2002)  Chile	Mujeres con Trastorno alimentario (n=119, AN n=15, AN/BN n=54, BN n=33, NE n=17) y Sin Trastorno alimentario (n=152, M n=63 y H n=89). Edad promedio de les encuestadas fue de 21.9 años. La toma de datos fue entre 1998 y 2001. Muestreo intencional.	Se utilizaron entrevistas para recolectar datos sociodemográficos (edad, peso actual, talla, peso ideal y preguntas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y el Inventario Bem para Rol Sexual (Bem Sex-Role Inventory BSRI).	Escolaridad: Los grupos MST Y HST tenían un nivel universitario. Dentro del grupo MCT el 58% (n=69) con educación universitaria, el 31,9% (n=38) nivel de enseñanza media, el 9,2% (n=11) con un grado de educación técnica y el 0,9% (n=1) enseñanza básica. Estereotipos de género y TCA: La correlatividad global de las variables mostró que mientras más femenina fue la identificación de les participantes mayor la posibilidad de obtener puntajes altos en el EAT-40 (mayor motivación por adquirir una figura corporal y una mayor insatisfacción corporal, rasgo característico de las pacientes con patología del hábito del comer). En cuanto a las categorías de identidad genérica medidas por la prueba IBRS, se observó una distribución porcentual significativamente diferente (p=0,001) entre grupos MCT y MST, inclinándose el primero por las categorías femenina (MCT n=59, MST N=15 y HST n=3) y masculina (MCT n=7, MST n=1 y HST n=17); y el otro por andrógina e indiferenciada. También se observa una diferencia significativa en las distribuciones porcentuales (p <0,001) entre grupos HST y MST, inclinándose el primero por la categoría masculina (19,1% versus 1,6%) y el segundo por la femenina (3,4% versus 23,8%). A su vez, entre estas últimas hay más coincidencias con las categorías indiferenciada y andrógina. Sin embargo, las MST, se perfilaron significativamente más motivadas para alcanzar la delgadez e insatisfechas con su corporalidad que los HST, lo que podría representar condiciones propicias para un eventual desarrollo de un cuadro alimentario posterior.
---	--	--	--

---

Behar Rosa, et. al. (2003)	Mujeres Con Trastorno alimentario (n=139, AN/BN n=58, AN n=15, BN n=33, NE n=33) y Mujeres Sin Trastorno alimentario (n=82). Edad promedio de las encuestadas fue de 22.4 años. La toma de datos fue entre 1998 y 2002. Muestreo intencional.	Se utilizaron entrevistas para recolectar datos sociodemográficos (edad, peso actual, talla, peso ideal y preguntas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y el Inventario Bem para Rol Sexual (Bem Sex-Role Inventory BSRI).	Escolaridad: El grupo MST tenía un nivel universitario. Dentro del grupo de MCT presentaron menor nivel educacional, fluctuando la proporción de estudiantes universitarias entre 20% y 66,7%. El grupo AN tuvo el menor nivel de escolaridad, con 66,7% de educación media y sólo 20% de universitaria. Estereotipos de género y TCA: Se encontró que dentro del grupo MST se identificaron mucho menos que las del grupo MCT con el estereotipo tradicional de rol de género femenino. No obstante, se muestran más inclinadas a coincidir con las categorías indiferenciada y andrógina. En las categorías de identidad genérica, se observó que la distribución de éstas era significativamente diferente entre los 5 grupos ( $p=0,002$ ), observándose las mayores diferencias entre el grupo MCT (en los que prevalece la categoría femenina) y el grupo MST (en el que prevalecen las categorías andrógina e indiferenciada). En la categoría femenina el grupo MCT (AN n=28, AN/BN n=11, TANE n=16, BN n=14) especialmente en el grupo de AN, mientras que el MST n=20. En masculinidad el grupo de MCT (AN n=5, SN/BN n=0, TANE n=1, BN n=2) y MST n=2.
----------------------------	---	--	---

---

<p>Hepp, U. &amp; Milos., G. (2005)</p> <p>Suiza</p>	<p>Mujeres con Trastorno alimentario - hospitalizadas y ambulatorias (n=191, AN n=33, AN-BN n=35, y BN n=123). Edad promedio de las encuestadas fue de 17,2 años. La toma de datos fue entre 1997 y 1999. Muestreo intencional.</p>	<p>Se utilizaron durante la fase inicial encuestas mixtas retrospectivas-prospectivas que examina el curso basados en el DSM-IV y el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI), el Inventario Bem para Rol Sexual (Bem Sex-Role Inventory BSRI), y la Subescala de Ansiedad Sexual del Inventario de Anorexia Nerviosa para autoevaluación (ANIS).</p>	<p>No se presentaron datos de escolaridad.</p> <p>Estereotipos de género y TCA: Los hallazgos indicaron una relación negativa general entre ambas subescalas de roles de género de BSRI (masculinidad y feminidad) y sintomatología alimentaria. Los resultados mostraron que las personas femeninas puntuaron significativamente mayor que las personas andróginas en varias subescalas del EDI (insatisfacción corporal, ineffectividad, obsesión por la delgadez). Mayor masculinidad está asociada con niveles más bajos de síntomas de TCA (los rasgos masculinos parecen tener un efecto protector fuerte, así como la combinación de rasgos femeninos como masculinos tuvo el efecto protector más fuerte). Les participantes indiferenciadas tendían a tener mayores niveles y las personas andróginas tendían a tener niveles más bajos de sintomatología alimentaria. Les andróginas obtuvieron puntajes significativamente más bajos que las personas indiferenciadas (insatisfacción corporal, ineffectividad, obsesión por la delgadez).</p> <p>Orientación sexual: 185 heterosexuales, 2 bisexuales, y 1 homosexual, 2 no informaron.</p>
--	---	--	---

---

Pritchard, M. (2008)	Adultes jóvenes (n=512, M=299 y H=213). Edad promedio de les encuestades fue de 21.82 años El 85,5% era caucásico, el 2,1% afroamericano, el 7.7% hispanoamericano, el 1.7% asiático estadounidense y 3% decía tener una mezcla étnica. Muestreo intencional.	Se utilizaron el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI) y el Inventario Bem para Rol Sexual (Bem Sex-Role Inventory BSRI).	Escolaridad: Toda la muestra tenía un nivel universitario. Estereotipos de género y TCA: las mujeres mostraron significativamente mayor puntaje en tres de las subescalas (insatisfacción corporal, bulimia, impulso por la delgadez) que los hombres. Dentro del grupo de mujeres las clasificadas como indiferenciadas tenían puntuaciones de bulimia significativamente más altas que las mujeres clasificadas como andrógino. Las clasificadas como masculinas tenían puntuaciones de bulimia e insatisfacción corporal significativamente más altas que las mujeres clasificadas como andróginas. A su vez las clasificadas como femeninas tenían una insatisfacción corporal significativamente mayor que las que puntuaron como andróginas. En el grupo de los hombres los femeninos e indiferenciados tenían puntuaciones de insatisfacción corporal significativamente más altas que los masculinos y andróginos. Orientación sexual: 95% de les participantes fueron heterosexuales.
-------------------------	--	---	---

---

---

Lopez, V., Corona, R., & Halfond, R. (2013)	Adolescentes (n=96, M=60 y H=36). Edad promedio de les encuestades fue de 15.36 años.	Se utilizó una encuesta que evaluó factores culturales, conciencia de los medios, presiones e internalización, y datos sociodemográficos (edad, escolaridad, nivel de educación de padres, inmigración). Se usó el Cuestionario de Examinación de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Examination Questionnaire EDE-Q), la Escala 3 de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia (Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 SATAQ-3) y se usó la Subescala de Roles de Género de la Escala de Valores Culturales Americanos de Jóvenes Méxicoamericanos (Gender Roles subscale from the Youth-Mexican American Cultural Values Scale MACVS).	Escolaridad: El 28% estaban matriculades en la escuela media y el 72% estaban en la escuela secundaria. El 52% de les jóvenes informó que sus madres no tenían educación secundaria Estereotipos de género y TCA: Los puntajes en la escala de orientación de roles tradicional mediaron los puntajes en los trastornos alimentarios. Los hombres informaron una media significativamente mayor del nivel de orientación tradicional de roles de género. Las mujeres que presentaron niveles más fuertes sobre los roles de género tradicionales informaron problemas de apariencia y de alimentación ligeramente más desordenados, mientras que los hombres con más identificación de roles tradicionales informaron menos desórdenes alimentarios.
Estados Unidos	La mayoría de les jóvenes eran inmigrantes (65%); el 45% nació en México y el 55% nació en otro país latinoamericano. Informaban haber vivido en los EE. UU durante un promedio de 6,89 años.  Muestreo intencional por bola de nieve.		

---

Meyer et. al. (2001)	Adultos jóvenes (n=100, H n=50 y M n=50).	Se utilizaron la abreviación de Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test EAT-26) y el Inventario Bem para Rol Sexual (Bem Sex-Role Inventory BSRI).	<p>Escolaridad: Toda la muestra tenía un nivel universitario.</p> <p>Estereotipos de género y TCA: En general, la feminidad se asoció con un alto nivel de psicopatología alimentaria, mientras que la masculinidad se asoció con actitudes y comportamientos alimentarios saludables. Se encontraron asociaciones positivas entre las puntuaciones de feminidad y las respuestas en las escalas EAT-total y dieta. Dentro de la categoría femineidad, las mujeres heterosexuales tuvieron puntuaciones significativamente más altas que los hombres heterosexuales; Los hombres que tienen rasgos masculinos tienen tendencias bulímicas más bajas. Estos resultados indican que las personas con altos niveles de feminidad tenían mayores comportamientos de dieta, mientras que aquellos con altos niveles de masculinidad tenían niveles relativamente bajos de conductas dietéticas y bulímicas. Para el grupo en su conjunto, hubo correlaciones negativas significativas entre las puntuaciones de masculinidad y tres de las cuatro escalas del EAT. No hubo asociaciones significativas entre los niveles de psicopatología alimentaria y puntuaciones neutrales BSRI. Específicamente, las mujeres homosexuales más femeninas tienen más probabilidades de restringir su consumo. Estos hallazgos apoyan un modelo de trastornos alimentarios en hombres y mujeres homosexuales para quienes la feminidad es un factor de riesgo específico y la masculinidad es un factor protector.</p> <p>Orientación sexual: Mujeres homosexuales n=20/heterosexuales n=30 y Hombres homosexuales n=20/heterosexuales n=30). Los hombres heterosexuales tenían puntuaciones de masculinidad significativamente</p>
Reino Unido	Edad media de les encuestades fue de 19.95 años.		
	Muestreo intencional.		

<p>Russell, C. J., &amp; Keel, P. K. (2002)</p> <p>Estados Unidos</p>	<p>Hombres adultos jóvenes (n=122). Edad promedio de los encuestados fue de 28 años. El 71.3% de la muestra era caucásico, el 7.4% afroamericano, el 4.9% hispanoamericano, el 6.6% asiático, el 0.8% de medio oriente, el 0.8% americanos nativos y 8.2% decía tener una mezcla étnica. Muestreo intencional por bola de nieve.</p>	<p>Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory BDI), la Escala de Autoestima de Roserberg (Rosenberg Self-Esteem Scale), el Test Revisado de Bulimia (Bulimia Test Revised), el Cuestionario de Vergüenza Corporal (Body Shape Questionnaire), la abreviación de Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test EAT-26) y el Inventario Bem para Rol Sexual (Bem Sex-Role Inventory BSRI).</p>	<p>Escolaridad: el 17.4% universitario, 81.8% bachillerato y secundario, 0.8% no terminó el secundario. Estereotipos de género y TCA: Los niveles de feminidad no están correlacionados significativamente con ninguna medida de patología, pero los bajos niveles de masculinidad están correlacionados con la subescala insatisfacción corporal. Orientación sexual: Hombres homosexuales n=58 y heterosexuales n=64. Las personas que registran menos comodidad con su orientación tienen más anorexia y mayor insatisfacción corporal. Homosexuales no reportan más femineidad que los heterosexuales.</p>
<p>Hospers, H. J., &amp; Jansen, A. (2005)</p> <p>Países Bajos</p>	<p>Hombres adultos jóvenes (n=239). Edad media de los encuestados fue de 23,3 años. Muestreo intencional por bola de nieve.</p>	<p>Se midió mediante un cuestionario datos sociodemográficos (edad, educación, orientación y sexo). Se usó el Cuestionario de Examinación de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Examination Questionnaire EDE-Q), el Cuestionario de Vergüenza Corporal (Body Shape Questionnaire BSQ), la Escala de Autoestima de Roserberg (Rosenberg Self-Esteem Scale RSE) y el Inventario Bem para Rol Sexual (Bem Sex-Role Inventory BSRI). También se midió la presión de grupo mediante una escala diseñada por los autores (se le preguntaba hasta qué punto los amigos valoran la belleza, la apariencia, la delgadez, la musculatura y similares).</p>	<p>Escolaridad: Fue medido por los nueve niveles escolares holandeses, que van desde primaria a la universidad. El 80% tenía un alto nivel educativo, 19% nivel educativo medio y 1% nivel bajo. Estereotipos de género y TCA: Tanto la masculinidad como la feminidad no estaban relacionadas con síntomas de trastorno alimentario. Se halló que tanto para los hombres heterosexuales como para los homosexuales una masculinidad más baja se relacionaba con una mayor insatisfacción corporal; esta última no estaba relacionada con la feminidad. Este análisis no reveló efectos significativos. Orientación sexual: Hombres homosexuales n=70 y heterosexuales n=169. Los encuestados homosexuales puntuaron significativamente mayor en los síntomas del trastorno alimentario; de los homosexuales los que obtuvieron puntuaciones más bajas de masculinidad fueron relacionados significativamente con una mayor insatisfacción corporal.</p>

---

Lampis, J., et.al. (2019)	Adolescentes (n=920, M n=493 y H n=427) Edad promedio de les encuestades fue de 16.40 años. ESCUELA Muestreo intencional.	Se utilizo una encuesta para recolectar datos sociodemográficos (edad, profesión y educación, nivel de padres, presencia de hermanos, edad, peso, altura y sexo). Se usó el Inventario de Trastornos de la Alimentación-2, (EDI-2 anorexia) y solamente las escalas de feminidad y masculinidad el Inventario Bem para Rol Sexual (Bem Sex-Role Inventory BSRI).	Escolaridad: Estudiantes de nivel secundario de seis escuelas. Se informa que en cuanto al nivel educativo de les padres, 137 (14,9%) tenían una universidad grado, 321 (34,8%) un título de bachillerato, 367 (39,9%) un certificado de escuela secundaria y 29 (3,1%) una escuela primaria certificado. En cuanto a la educación de sus madres nivel, 148 (16,08%) tenían título universitario, 359 (39,02%) un título de secunda- ria, 340 (36,9%) un certificado de secundaria y 15 (1,6%) certificado de educación primaria. Estereotipos de género y TCA: Feminidad fue significativo para dos subescalas del EDI (obsesión por la delgadez y bulimia). Los hombres con puntajes más altos en feminidad tendían a tener mayores niveles de bulimia y obsesión por la delgadez que los hombres con menores puntajes. Las mujeres con puntajes más bajos en feminidad tendían a tener mayores niveles de bulimia que las mujeres con puntua- ciones más altas. Los hombres con puntajes más bajos en masculinidad tendían a tener mayores niveles de bulimia que los hombres con mayores puntajes. Las mujeres con puntajes más altos en masculinidad tendían a tener mayores niveles de bulimia que las mujeres con puntua- ciones más bajas.
------------------------------	---	--	---

---

Silva, C., et. al. (2017)	Mujeres adolescentes (n=392, tradicional n=194 y no tradicional n=198).	Se utilizó el Inventario de Masculinidad y Feminidad (IMAFE) que es una adaptación del Inventario de Roles Sexuales de Bem (Bem Sex-Role Inventory BSRI) y el EAT-40.	<p>Escolaridad: Estudiantes de nivel secundario y preparatoria de dos zonas geográficas diferentes: un grupo del sur de México (Tradicional) y un grupo de la ciudad capital de México, centro geográfico del país (No tradicional). Las del contexto tradicional manifiestan que restringen más su alimentación, experimentan mayor preocupación por la comida y presentan más conductas compensatorias, presentando de este modo mayor riesgo de desarrollar la sintomatología típica de los TCA.</p> <p>Estereotipos de género y TCA: Las actitudes negativas hacia la alimentación están mediadas por la forma en la que se asume el rol de género. Los resultados mostraron que el poseer características negativas del rol de género está asociado con las conductas negativas hacia la alimentación. A mayores puntuaciones en Sumisión y Machismo, mayores actitudes y conductas negativas hacia el peso y la alimentación. En las adolescentes del contexto tradicional hubo puntajes más altos en la escala de sumisión y femineidad como también menos en la de masculinidad, que en las adolescentes del contexto no tradicional. En las adolescentes del contexto no tradicional también hubo puntajes relacionados con que les gustaría tener más características machistas (dureza, agresividad y ausencia de sentimientos). Cabe destacar que en las adolescentes del contexto no tradicional las características sumisas fueron las que guardaron una mayor relación con las actitudes negativas hacia la alimentación, mientras que en el contexto tradicional lo fueron las características de machismo.</p>
México	Edad promedio de las encuestadas fue de 15.02 años. ESCUELA Muestreo intencional.		

Mensingher, J. L. (2005). Estados Unidos.	Mujeres adolescentes (n=866). Edad promedio de las encuestadas fue de 16.01 años. El 76.90% de la muestra era caucásica, el 6.46% afroamericana / caribeña, 6% asiática / Isleña del Pacífico, 5.54% latina y 4.96% decía tener una mezcla étnica ESCUELA Muestreo intencional	Se evaluaron una serie de cuestionarios realizados por La Fundación Helping to End Eating Disorders (HEED). La escala de socialización de género en la escuela (The School Gender Socialization Scale SGSS), y la abreviación de Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test EAT-26) y la versión modificada de la Escala de Supermujer (Superwoman Scale).	Escolaridad: Estudiantes de nivel secundario de 11 escuelas privadas ubicadas en una gran región metropolitana del noreste. Estereotipos de género y TCA: Las escuelas con más normas de rol de género tienden a evidenciar mayores actitudes de desorden alimentario. Estas escuelas tienden a educar a más mujeres jóvenes que se adhieren al ideal de supermujer.
Mensingher et. al. (2007). Estados Unidos	Mujeres adolescentes (n=866). Edad promedio de las encuestadas fue de 16 años. El 66% de la muestra era caucásica, el 6.5% afroamericanas / caribeñas, el 6% como asiáticas / isleñas del Pacífico, 5,5% como latinas, y el 6% mezcla étnica. ESCUELA Muestreo intencional.	Se evaluó utilizando la Escala de Socialización de Género en la Escuela (The School Gender Socialization Scale SGSS), y la abreviación de Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test EAT-26). También la versión modificada de la Escala de Supermujer (Superwoman Scale) y la Escala de Calificación de Dibujo de Contorno (Contour Drawing Rating Scale CDRS).	Escolaridad: Estudiantes de nivel secundario de escuelas privadas ubicadas en una gran región metropolitana del noreste. Estereotipos de género y TCA: El estudio demostró que a mayor puntuación de prescripciones de rol de género, mayor es el desorden alimenticio informado. Las escuelas que obtuvieron calificaciones más altas en el SGSS tendían a educar a más jóvenes mujeres que respaldaron el ideal de supermujer. En particular, las subescalas (problemas de apariencia y citas con compañeros) tuvieron relaciones positivas con desorden alimenticio. Las percepciones de las normas andróginas de los roles de género tenían una relación inversa con los trastornos alimentarios.

**\*Tabla 1:** En la primera columna se indica el nombre de los autores, el año y el país de origen. En la segunda columna, el tipo de muestra utilizado, con la cantidad total y por sexo de la misma, la edad promedio de los encuestados y alguna otra especificación de la muestra que resultara disponible. En la tercera columna, se detalla el tipo de instrumentos utilizados tanto para las variables de estereotipo de género como de trastornos de la conducta alimentaria. Por último, se reportaron los principales resultados descriptivos e inferenciales de cada estudio.

## Discusión

Esta revisión sistemática tuvo los siguientes objetivos a) describir la cantidad de trabajos producidos en las últimas dos décadas sobre estereotipos de género tradicionales que podrían actuar como factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria en población joven y adolescentes seleccionados mediante criterios de inclusión/exclusión b) evaluar las asociaciones entre estas dos variables a fin de sintetizar la evidencia científica encontrada y servir de utilidad en la toma de decisiones. Se encontró que la mayoría de los estudios reportaron que existía una relación entre los estereotipos de género y los trastornos alimentarios; sin embargo es necesario tener en cuenta una serie de especificaciones.

La mayoría, 10 de 13 estudios, poseía resultados positivos en cuanto a la contribución del estereotipo de género femenino tradicional a la patología alimentaria, entre estos, dos hallaron la influencia del estereotipo femenino en hombres que presentaban más bulimia, obsesión por la delgadez (Lampis, 2019) e insatisfacción corporal (Pritchard, 2008). Sin embargo una minoría halló a la femineidad no asociada a la psicopatología alimentaria (Russel, 2002; Hospers, 2005). La propuesta de que la cultura de la delgadez posea su principal efecto sobre las mujeres, (Muransky, 2010; Romano, 2006) establecería una relación con el estereotipo femenino ya que dentro de este la apariencia está más centrada en el autoconcepto a través de la evaluación de los demás (Muransky, 2010) y eso podría posicionar a las personas más identificadas con este estereotipo a estar más pendientes de su imagen corporal en la comparación con los modelos aceptados de belleza, como también, al comienzo y sostenimiento del uso de diferentes dietas, como rasgo asociado a la femineidad (Vega, 2004).

Con respecto a la masculinidad sólo tres estudios la hallaron como un factor protector de los trastornos alimentarios (Hepp, 2005; Lopez, 2013; Meyer, 2001) mientras que otros hallaron que la androginia prevalecía en las personas sin trastorno (Pritchard, 2008; Mensiger, 2007; Behar, 2001, 2002, 2003). Esto podría tener relación con las creencias que posicionan a ciertas características masculinas como la independencia, seguridad, la racional ante lo emocional, la autonomía como atributos que protegen a una persona del desarrollo de un trastorno relacionado a la imagen corporal (Meyer, 2001).

En las investigaciones que controlaron la variable orientación sexual obtuvieron resultados diferentes, los hombres homosexuales y heterosexuales que poseían bajos niveles de masculinidad presentaban una mayor insatisfacción corporal (Hospers 2005; Russell, 2002), a su vez otro estudio arrojó que los hombres que registran menos comodidad con su orientación tienen más anorexia y mayor insatisfacción corporal (Russell, 2002), mientras que los hombres homosexuales que tienen rasgos masculinos tienen tendencias bulímicas más bajas (Meyer, 2001). Esto podría pensarse en relación con otro de los resultados que establece que las mujeres heterosexuales tenían puntuaciones totales del test de desórdenes alimenticios significativamente más altas que las mujeres homosexuales (Hospers, 2005). Los resultados sobre la orientación sexual como factor protector o de riesgo son contradictorios, en la bibliografía sobre el tema tampoco hay evidencia contundente sobre este asunto, una posible visión de esto podría ser que mientras en los hombres el hecho de sentirse menos cómodos con su orientación sexual los aleje de ciertas características

masculinas que pueden tener un efecto protector; en mujeres eso podría ser inversamente al revés, su orientación sexual distanciarlas del estereotipo tradicional femenino y esto a su vez ser un rasgo que las resguarde en el desarrollo de estas patologías de la imagen.

Siguiendo el segundo objetivo, se mostró que los hallazgos de esta revisión introducen que existiría una potencial incidencia de los estereotipos de género como factor de predicción en los trastornos de la conducta alimentaria ya sean clínicos o subclínicos, o incluso en las preocupaciones por la apariencia. Se conoce que el pronóstico de estos trastornos mejora notablemente cuando el diagnóstico es realizado dentro de los tres primeros años de la enfermedad (Carolina, 2011) por lo que el diagnóstico precoz es fundamental para mejorar su pronóstico y prevenir la cronicidad. Es por ello que contar con herramientas que amplíen el escenario en la búsqueda de un diagnóstico certero, en la observación de conductas, signos y factores asociados que pueden afectar a las personas que padecen o que se encuentran en un punto de riesgo, (Alfonso Urzúa, 2009) facilita la labor preventiva. En la escucha médica, como también en la cultura escolar que muchas veces refuerza y magnifica los parámetros establecidos por las instituciones sociales más grandes mediante prescripciones, es decir expectativas sancionadas socialmente sobre los comportamientos asociados con el género (Mensing, 2007). Dos de los estudios (Mensing, 2005; 2007), de los cuatro que fueron llevados dentro de una institución escolar, medían la disposición en qué la escuela poseía normas de género; esto podría sugerirnos que el tránsito escolar es en general un espacio más de socialización de género reforzando en muchos casos los aspectos negativos de esto.

Los trastornos de la conducta alimentaria ponen en el centro de la problemática al cuerpo, un cuerpo que está reglado y se diferencia por un sistema de género que discrimina mediante las instituciones como lo son la medicina, la psicología, la educación, los medios de comunicación, etc (Esteban, 2004). Es entonces, sobre la lectura de estos cuerpos que se deben detectar las implicaciones que tienen las instituciones sociales sobre cómo se transmiten ciertos valores tomando conciencia de la influencia que tienen los modelos hegemónicos de belleza asociados a los estereotipos tradicionales de género, para desde allí ser vehículos de prevención de una manera intersectorial (Loubat, 2014).

Hay que agregar que la siguiente revisión sistemática cuenta con algunas limitaciones. En principio el hecho de que sólo se trabajaron con artículos de investigación, dejando de lado investigaciones publicadas en otros tipos de formato (libros, capítulos de libro, congresos, etc.). Además, sólo se revisaron artículos publicados en español e inglés, lo cual introduce un sesgo del idioma en la revisión. Asimismo, se debe tener en cuenta que se dejaron por fuera todos los trabajos que incluían a población trans o aquellos estudios realizados de manera longitudinal. Por último, hay que subrayar que todos los estudios revisados tenían un muestreo de tipo no probabilístico, por ende, las muestras con las que trabajan no son representativas, son en general pequeñas y en las que falta variedad geográfica. Por último, las muestras de adolescentes tanto como las de adultos son mayoritariamente mujeres.

Para futuras investigaciones en esta área sería necesario aumentar los tamaños muestrales, trabajar con muestras representativas, generar investigaciones de diseño longitudinal o transversal teniendo en cuenta tanto los trastornos alimentarios como los trastornos de

dismorfia corporal. A su vez realizar estudios en otros países latinoamericanos con el fin de generar más resultados locales mientras que se posibilitan análisis transculturales. Esto permitirá construir nuevas y mejores estrategias de prevención primaria que permitan ampliar la visión sobre los trastornos alimentarios como también decodificar los mensajes de los medios de comunicación masiva centrados en los modelos corporales hegemónicos según la idiosincrasia cultural de cada país desde un enfoque más dinámico y salutogénico.

## Referencias

- Arikawa, A. Y., Ross, J., Wright, L., Elmore, M., Gonzalez, A. M., & Wallace, T. C. (2021). Results of an Online Survey about Food Insecurity and Eating Disorder Behaviors Administered to a Volunteer Sample of Self-Described LGBTQ+ Young Adults Aged 18 to 35 Years. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 121(7), 1231-1241. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.09.032>
- Behar R, De la Barrera M, Michelotti J. (2001) Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Med Chile*; 129: 1003-11. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000900005>
- Behar R, De la Barrera M, Michelotti J. (2002) Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Rev Med Chile*; 130: 964-75. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000900002>
- Behar R, de la Barrera M, Michelotti J. (2003) Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Med Chile*; 131: 748-58. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000700006>
- 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. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007>
- Behar, R., & Arancibia, M. (2015). Body image disorders: anorexia nervosa versus reverse anorexia (muscle dysmorphia). *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 121-128. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.005>
- Behar, R., Arancibia, M., Heitzer, C., & Meza, N. (2016). Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, 144(5), 626-633. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500011>
- Cantore, L. (2012). Análisis de la jurisprudencia argentina relativa al derecho de identidad sexual de los niños intersex. *Pensar-Revista de Ciências Jurídicas*, 17(1), 229-250. <https://doi.org/10.5020/23172150.2012.229-250>
- Carballo, R. P., & Campos, A. B. (2000). Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéricas. *Papeles del psicólogo*, (75), 34-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807506>
- Caricote, E. (2006). Estereotipos de género ponen en peligro la salud sexual en la adolescencia. *Salud*, 10(3), 19-24. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375938981006>
- Carolina, L. G., & Janet, T. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. <https://doi.org/10.1016/>

SO716-8640(11)70396-0

- Casares, A. M. (2006). Antropología del género: culturas, mitos y estereotipos sexuales (Vol. 89). Universitat de València. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375938981006>
- Ciccía, L. (2017). La ficción de los sexos: Hacia un pensamiento Neuroqueer desde la epistemología feminista. [http://dSPACE5.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4638/uba\\_ffyl\\_t\\_2017\\_se\\_ciccía.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dSPACE5.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4638/uba_ffyl_t_2017_se_ciccía.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ciccía, L. (2018). La dicotomía de los sexos puesta en jaque desde una perspectiva cerebral. Descentrada. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/75548>
- Correa, M. L., Zubarew, T., Silva, P., & Romero, M. I. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista chilena de pediatría*, 77(2), 153-160. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000200005>
- Czernik, G. E., Almeida, S. A., Godoy, E. I., & Almirón, L. M. (2006). Severidad depresiva en adolescentes de una escuela de formación profesional de la ciudad de Resistencia. Chaco, Argentina. *CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, 11(1), 16-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71711106>
- Departamento de Nutrición del Hospital de Niños Víctor J. Vilela de Rosa. (2015, 30 agosto). Bulimia y anorexia, el terror a engordar. *Red Psicoterapéutica*. <https://www.redpsicoterapeutica.com.ar/bulimia-y-anorexia-el-terror-a-engordar/>
- Esteban M. (2004) Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio. Barcelona: Ediciones Bellaterra. <http://digital.casalini.it/9788472902701>
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2, 9-20. <http://ref.scielo.org/9r5pw3>
- Fernández Lameiras, M., Otero, M. C., Castro, Y. R., & Prieto, M. F. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 23-33. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730102>
- Gerbotto, M., Paturzo, C. L., & Lucila, C. (2020). Hábitos alimentarios y percepción de la imagen corporal en un grupo de adolescentes que realizan comedia musical. *Diaeta (B. Aires)*, 26-40. <http://ref.scielo.org/cvw7xn>
- Gonçalves, V. O., & Martínez, J. P. (2014). Imagen corporal y percepción de la influencia de los medios de comunicación: diferencias de género en una muestra de adolescentes. *Revista Inter Ação*, 39(3), 461-478. <https://doi.org/10.5216/ia.v39i3.27535>
- Gonzalez, A., Clarke, S. D., & Kohn, M. R. (2007). Eating disorders in adolescents. *Australian family physician*, 36(8). PMID: 17676184
- Hepp, U.; Spindler, A. & Milos, G. (2005). Eating disorder symptomatology and gender role orientation. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 37, No. 3, (April 2005), pp. 227-33, ISSN 0276-3478 <https://doi.org/10.1002/eat.20087>
- Hospers, H. J., & Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of social and clinical psychology*, 24(8), 1188-1201. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.8.1188>

- Hyde, Janet (2016). Sex and cognition: gender and cognitive functions. *Current opinion in neurobiology*. doi: 10.1016/j.conb.2016.02.007
- Inventario de femineidad y masculinidad. Editorial Biopsique. <http://www.biopsique.cl/fichas/ATCA-018-El-inventario-de-masculinidad-y-feminidad-IMAFE.pdf>
- Johnson, H. D., Lamont, J., Monacelli, J., & Vojick, A. (2004). Sex-role orientation associations with college students' body-image preferences. *Perceptual and motor skills*, 99(3), 995-998. <https://doi.org/10.2466/pms.99.3.995-998>
- Klingenspor, B. (2002). Gender-related self-discrepancies and bulimic eating behavior. *Sex Roles*, 47(1), 51-64. <https://doi.org/10.1023/A:1020631703798>
- Knight, G. P., Gonzales, N. A., Saenz, D. S., Bonds, D. D., Germán, M., Deardorff, J., & Updegraff, K. A. (2010). The Mexican American cultural values scale for adolescents and adults. *The Journal of early adolescence*, 30(3), 444-481. <https://doi.org/10.1177/0272431609338178>
- Lamas, M. (2007). El género es cultura. *Campus Euroamericano de Cooperação Cultural*, 1-12.
- Lampis, J., Cataudella, S., Busonera, A., De Simone, S., & Tommasi, M. (2019). The moderating effect of gender role on the relationships between gender and attitudes about body and eating in a sample of Italian adolescents. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(1), 3-11. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0372-2>
- Limiñana Gras, R. M. (2013). Imagen corporal, identidad de género y alimentación.
- Lopez, V., Corona, R., & Halfond, R. (2013). Effects of gender, media influences, and traditional gender role orientation on disordered eating and appearance concerns among Latino adolescents. *Journal of adolescence*, 36(4), 727-736. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.05.005>
- Loubat, M. (2006). Conductas alimentarias: Un factor de riesgo en la adolescencia. Resultados preliminares en base a grupos focales con adolescentes y profesores. *Terapia psicológica*, 24(1), 31-37. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524104>
- Maganto, C., & Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30, 45-48. <https://www.researchgate.net/publication/242697817>
- McClain, Z., & Peebles, R. (2016). Body Image and Eating Disorders Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 1079-1090. doi:10.1016/j.pcl.2016.07.008
- Mensinger, J. L. (2005). Disordered eating and gender socialization in independent-school environments: A multilevel mediation model. *The Journal of ambulatory care management*, 28(1), 30-40.
- Mensinger, J. L., Bonifazi, D. Z., & LaRosa, J. (2007). Perceived gender role prescriptions in schools, the superwoman ideal, and disordered eating among adolescent girls. *Sex Roles*, 57(7), 557-568. <https://www.researchgate.net/publication/226272469>
- Meyer, C., Blissett, J., & Oldfield, C. (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: The role of masculinity and femininity. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 314-318. <https://doi.org/10.1002/eat.1024>

- Murawski, B. M. (2010). Trastornos alimentarios y cultura. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-031/213>
- Pritchard, M. (2008). Disordered eating in undergraduates: Does gender role orientation influence men and women the same way? *Sex Roles*, 59(3), 282-289. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9449-8>
- Romano, F. (2006). La cultura de la delgadez: una mirada sociológica.
- Russell, C. J., & Keel, P. K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 300-306. <https://doi.org/10.1002/eat.10036>
- Rutzstein, G., Casquet, A., Leonardelli, E., Lopez, P., Macchi, M., Marola, M. E., & Redondo, G. (2004). Imagen corporal en hombres y su relación con la dismorfia muscular. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 13(2), 119-131.
- Salinas Resilini, Daniela (2011). "Los medios de comunicación, los ideales de belleza y la manifestación de anorexia". *Punto Cero*, Año 16 N° 23 2° Semestre 2011. pp 18-24. Universidad Católica Boliviana "San Pablo". Cochabamba.
- Sánchez, R. M., & Moreno, A. M. (2007). Ortorexia y vigorexia: ¿Nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la conducta alimentaria*, (5), 457-482.
- School Gender Socialization Scale (SGSS). (2019). *Gender and Power Metrics*.
- Servicio de Clínica Pediátrica del Hospital Italiano de Bs.As. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria - presentación en congreso [Diapositivas]. Sociedad Argentina de Pediatría. [https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/paz\\_alimentacion.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/paz_alimentacion.pdf)
- Servicio de Clínica Pediátrica del Hospital Italiano de Bs.As. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria - presentación en congreso [Diapositivas]. Sociedad Argentina de Pediatría. [https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/paz\\_alimentacion.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/paz_alimentacion.pdf)
- Silva, C., Díaz, B. A. M., & Alcántara, K. E. G. (2017). Gender role and eating attitudes in adolescents from two different socio-cultural contexts: Traditional vs. non-traditional. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 8(1), 40-48.
- Silva, J. C. D., Valentini, F., & Freitas, C. P. P. D. (2020). Gender conformity norms: a systematic review of validity evidence. *Psicología para América Latina*, (34), 171-182.
- Smolak, L., & Murnen, S. K. (2008). Drive for leanness: Assessment and relationship to gender, gender role and objectification. *Body Image*, 5(3), 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.03.004>
- Torres, L. L. (2018). Interiorización de los estereotipos de género en la sociedad argentina y el ideal de belleza en los mensajes publicitarios. Estudio transversal en 4 rangos de edad que abarca de los 18 a los 49 años. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/47905/>
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados (as) de 13 a 18 años. *Revista chilena de nutrición*, 36(4), 1063-1073. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400002>

- Vega, V. (2004). EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN POBLACIÓN ESCOLAR ADOLESCENTE. En XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-029/31>
- Vega, V. C. (2007). Adaptación argentina de un inventario para medir identidad de rol de género. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 537-546. <http://ref.scielo.org/czc6s6>
- Vela, B. L., Alarcón, S. H., & Rodríguez, A. M. (2014). Revisión de las herramientas en español para la detección de los trastornos del comportamiento alimentario en adultos. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 20(3), 109-17. DOI:10.14642/RENC.2014.20.3.5021
- Vergara, A. I., & Páez, D. (1993). Revisión teórico-metodológica de los instrumentos para la medición de la identidad de género. *Revista de Psicología Social*, 8(2), 133-152. <https://doi.org/10.1080/02134748.1993.10821675>
- Weissa, E. M., Kemmler G., Deisenhammer E. A., Fleischhacker W. & Delazer M. (2003). Sex Differences in Cognitive Functions. *Personality and Individual Differences*. doi: 10.1055/s-2004-830296