

# ACTUALIZACIÓN EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS

## EL CUERPO DEL DELITO: LA IMAGEN CORPORAL E INDICADORES DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN UNA MUESTRA DE HOMBRES GAY DE DIEZ PAÍSES LATINOAMERICANOS<sup>1</sup>

José Toro-Alfonso \*,  
Alfonso Urzúa M. \*\*,  
e Israel Sánchez Cardona \*\*\*

### Resumen

Los trastornos alimentarios son desórdenes psicológicos que afectan directamente la salud física de los que los padecen, con una alta tasa de mortalidad. Las mujeres son más propensas a padecer de trastornos alimentarios que los hombres, por lo que la mayoría de las investigaciones se han enfocado en mujeres. Sin embargo, el 10% de los pacientes con trastornos alimentarios son hombres. La insatisfacción corporal de los hombres ha aumentado dramáticamente durante las últimas tres décadas, reduciendo drásticamente la brecha con las prevalencias reportadas para mujeres. En esta investigación participaron 1.175 hombres gay en diez países latinoamericanos (Argentina, Chile, Colombia, Cuba, Guatemala, México, Paraguay, Perú, Puerto Rico y República Dominicana). Éstos fueron evaluados mediante la escala adaptada de Construcción Social de la Masculinidad de Levant y Fischer, la escala de Actitudes y conductas alimentarias de Garner y Garfinkel y la escala adaptada de Imagen corporal de Raich y cols. Los resultados reflejan que 13% de todos los participantes muestran insatisfacción con la imagen corporal, 12% presenta indicadores de trastornos alimentarios. La mayoría de los participantes manifiestan una moderada adherencia al modelo tradicional de la masculinidad estableciendo una relación estadísticamente significativa entre la masculinidad hegemónica, insatisfacción con la imagen corporal y la presencia de dificultades en el área alimentaria. Discutimos las implicaciones de estos hallazgos y la necesidad de conceptualizaciones alternas para explicar la presencia de estas actitudes y comportamientos en una muestra de hombres gay latinoamericanos.

**Palabras clave:** trastornos alimentarios, gay, homosexualidad, masculinidad, imagen corporal masculina.

**Key words:** disorders, gay, homosexuality, masculinity, male body image.

A pesar de que en algunos países en América Latina se han abierto espacios de tolerancia y acepta-

ción, la homosexualidad sigue siendo un fenómeno poco entendido y profundamente negado en la cultura latinoamericana, permaneciendo imaginarios que le asignan características de perversión y patología. La literatura científica en psicología y psiquiatría establece claramente que la homosexualidad no representa en sí misma una psicopatología. Los estudios indican que la mayoría de las dificultades que presentan algunos gays y lesbianas están di-

\*José Toro-Alfonso, Universidad de Puerto Rico

\*\*Alfonso Urzúa M., Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte

\*\*\* Israel Sánchez Cardona, Equipo WoNT, Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodológica, Universidad Jaume I

E-Mail: jose.toro4@upr.edu

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXI p.p. 101-112

© 2012 Fundación AIGLÉ.

(1) Investigación en colaboración internacional coauspicada por el Grupo de Trabajo de Psicología de Salud de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP). Los autores desean reconocer la colaboración y apoyo de investigadores en cada país: Juan D. Vaamonde, Mario Pecheny, Carlos Alejandro Pineda, Justo Fabello, Ana M. Bindford, William Cruz, Victor López, Carlos Valdés, Herbert Hernández, Sandra Pellecer, Claudia García, María del Pilar Grazioso, Antonio Samaniego, Fernando Villamayor, Carlos Cáceres, Leonardo Sánchez, Maricela Porbén, Luis Nieves Rosa, Gloria Careaga, Julio Alfonso Piña e Ignacio Lozano.

rectamente relacionados al rechazo social y no a su orientación sexual (Martínez Taboas y Padilla, 2011).

Aun cuando existe una sub-representación de sectores de hombres gay (HG) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en informes de salud física y mental (Ardila, 2007; Clarke, Ellis, Peel y Riggs, 2010; Herek, 2010; Meyer, 2003; Varas Díaz, Serrano-García y Toro-Alfonso, 2002), se ha reportado frecuentemente en éstos la presencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

La mayoría de los casos de TCA se han reportado en mujeres, sin embargo, a pesar de que la prevalencia de TCA en hombres es menos común, algunas de las variaciones en los estimados de la prevalencia en hombres puede deberse a dificultades metodológicas (por ejemplo: tamaño de las muestras). Se ha planteado que generalmente los hombres representan del 5-10% de los casos de anorexia (Burns y Crisp, 1990) y del 10-15% de los casos de bulimia (Carlat y Camargo, 1991). Estos datos colocan en evidencia la necesidad de explorar este fenómeno en la población masculina y discutir las posibles razones de la presencia de los trastornos alimentarios en hombres en general y hombres gays en particular.

#### *Los hombres gay y los trastornos alimentarios*

La investigación sugiere que los HG muestran mayor riesgo para TCA en comparación con los hombres heterosexuales (Feldman y Meyer, 2007; French, Story, Ramafedi, Resnick y Blum, 1996; Gettleman y Thompson, 1993; Jackson, 2008; Lakkis, Ricciardelli y William, 1999; Russell y Keel, 2002; Schneider, O'Leary y Jenkins, 1995; Siever, 1994). Algunas investigaciones documentan que los HG tienen una prevalencia de TCA entre un 25-30% (Fitcher y Daser, 1987; Herzog, Newman y Warshaw, 1991; Schneider y Agras, 1987). Otros investigadores han señalado que la vergüenza por el cuerpo y el índice de masa corporal pueden ser predictores para TCA en HG (Boisvert y Harrell, 2009).

La sobrerrepresentación de HG en los indicadores de TCA en muestras clínicas al igual que en muestras de comunidad, sugieren que los gays serían más vulnerables para desarrollar dificultades con la alimentación. Sin embargo, hay investigadores que plantean que los estudios realizados sobre la presencia de TCA en HG tienen sesgos en la selección de muestras, metodología y análisis de resultados (Kane, 2010; 2009). Kane (2010) plantea que en la mayoría de los estudios, las comparaciones entre heterosexuales y homosexuales no indican claramente una sobre representación de HG con dificultades en la imagen corporal ni con TCA. Otros investigadores establecen que existe la posibilidad de que los HG demandan mayor atención sanitaria

en comparación con heterosexuales y por eso la prevalencia puede ser mayor.

En nuestra cultura, los medios de comunicación masiva siguen enfatizando los ideales populares de fuerza física, fortaleza, agresividad, competitividad e independencia en los hombres. A pesar de esta presión social, algunos investigadores concluyen que los HG con desórdenes alimentarios precisamente no cumplen con estas expectativas sociales y parecen ser más pasivos, dependientes y no-atléticos lo que contribuye probablemente a que posean mayores dificultades y disgusto por su propia imagen (Ashuk, 2004). Por otro lado, Duncan (2007, 2009) señala que los HG interpretan, resisten y retan los discursos dominantes sobre lo que debe ser un cuerpo ideal.

El resultado de la revisión de la literatura nos coloca frente a un fenómeno poco estudiado y matizado con enormes elementos de estigma. La masculinidad y los desórdenes alimentarios no se asocian comúnmente en nuestra sociedad y se convierte en sinónimo de déficit personal y poca hombría. Esta es una de las razones por las que los hombres que padecen desórdenes alimentarios pocas veces buscan ayuda profesional (Toro-Alfonso, 2008).

#### *Los hombres y su imagen corporal*

La imagen corporal en las mujeres ha sido y continúa siendo una de las áreas de estudio más importante para los/as investigadores de los TCA. Poco se ha escrito sobre la imagen corporal de los hombres y su relación con los TCA. La literatura señala que los HG muestran una mayor susceptibilidad para dificultades con la imagen corporal en comparación con los hombres heterosexuales (Kaminski, Chapman, Haynes y Own, 2005). Se ha encontrado que los gays muestran mayor insatisfacción con la parte inferior del cuerpo (Martins, Tiggemann y Kirkbride, 2007) y una mayor preocupación por ser delgados (Duggan y McCreary, 2004; Kaminski y cols., 2005).

Se ha planteado que los HG muestran mayores niveles de insatisfacción con su imagen corporal porque la comunidad gay coloca un gran énfasis en el atractivo físico (Signorile, 1998) y porque se ha objetificado el cuerpo del HG (Martins, Tiggemann y Kirkbride, 2007). Muchos HG consideran que la apariencia física es importante en su identidad personal. La epidemia del SIDA ha provocado que muchos HG sientan la necesidad de proyectar un cuerpo saludable y libre de enfermedades (Schernoff, 2002; Signorile, 1998).

Por otro lado, los estereotipos sobre los HG apuntan a hombres "afeminados" y con menos atributos masculinos que los hombres heterosexuales (Blashill y Powlishta, 2009; Kite y Deaux, 1987; Mur-

nen y Smolak, 1997). En este sentido, con el objetivo de rechazar esta percepción de feminidad, muchos HG aspiran y se esfuerzan por demostrar una masculinidad tradicional y un cuerpo musculoso (Kimmel y Mahalik, 2005).

La insatisfacción corporal de los hombres ha aumentado dramáticamente durante las últimas tres décadas, de un 15% a un 43%, haciendo de estas tasas casi comparables a aquellos encontrados en mujeres (Garner, 1998; Goldfield, Blouin y Woodside, 2006). Este aumento en las tasas de hombres con insatisfacción corporal es preocupante dado que la insatisfacción con la imagen corporal es un factor precipitante para el desarrollo de TCA.

Carper, Negy y Tantleff-Dunn (2010) entienden que la imagen corporal describe una relación compleja entre aspectos tales como normas culturales, género, identidad, estima propia, entre otras cosas. Los disturbios en la imagen corporal entre los hombres son más complejos que entre las mujeres. Mientras que la mayoría de las mujeres quieren ser más delgadas, los hombres quieren ser más delgados pero a la vez más anchos, un patrón que se ha notado entre niños de varias edades y hombres adultos. Se han utilizado diferentes ideales culturales para los tipos de cuerpo de hombres y mujeres para entender esta influencia potencial para esta diferencia de género. Mientras que el ideal femenino es que sean delgadas, el ideal masculino es que sean delgados y musculosos. Como consecuencia, algunos hombres aspiran ser más delgados, mientras que otros hombres van a querer tamaños corporales más grandes que incluyen más músculos (Bergstrom y Neighbors, 2006).

Meyer, Blissett y Oldfield (2001) plantean que es lo femenino en los HG lo que les coloca en mayor riesgo para los TCA. La presencia de los conflictos de roles sociales y su representación del género se co-

loca como el factor de riesgo principal para las dificultades con la imagen corporal y los trastornos alimentarios. Investigadores como Peplau, Frederick, Yee Maisel, Lever y Ghavami (2009) establecen que los HG están a mayor riesgo que los heterosexuales en experimentar insatisfacción con la imagen corporal.

La adherencia al modelo hegemónico de la masculinidad (Connel, 1995) se ha asociado a dificultades en los hombres para cumplir con el mandato social de los significados socialmente atribuidos a lo masculino. A partir de los estereotipos sobre la masculinidad se plantea que los HG manifiestan mayores niveles de estrés en su manejo de la masculinidad y que a mayor adherencia a los cánones tradicionales mayores dificultades con la imagen corporal (Blashill y Vander, 2009; Toro-Alfonso, Nieves, Lugo, Borrero y Bracero, 2010).

Bajo este marco, la presente investigación tuvo por objetivo analizar la relación existente entre indicadores de trastorno de conducta alimentaria con la presencia de satisfacción con la imagen corporal y la identificación con roles tradicionales masculinos, en una muestra de hombres gay latinoamericanos.

## Método

### Participantes

La muestra final estuvo constituida por 1.175 participantes con un promedio de edad de 27 años de 10 países latinoamericanos reclutados por disponibilidad y mediante la técnica de bola de nieve. La distribución de los encuestados por país, puede ser observada en la tabla 1.

Del total de participantes, el 96,6% informó una orientación exclusiva o parcialmente homosexual, y

Tabla 1. Distribución de participantes y edad por país

	N	%	EDAD MEDIA (RANGO EDAD)	DE
República Dominicana	115	9,7	26,03 (18 - 68)	7,21
Puerto Rico	214	18,2	24,81 (18 - 67)	7,59
Colombia	72	6,1	32,14 (19 - 67)	9,93
Perú	44	3,7	30,32 (19 - 49)	7,44
Argentina	78	6,6	28,86 (18 - 58)	7,06
Chile	151	12,8	25,15 (18 - 48)	5,69
Paraguay	97	8,2	30,03 (18 - 50)	7,41
México	155	13,1	27,96 (18 - 54)	8,24
Cuba	100	8,5	35,47 (18 - 60)	10,59
Guatemala	149	12,6	26,62 (18 - 60)	7,48
Total	1175	100,0	27,77 (18 - 68)	8,32

el 3,4% de los encuestados expresa atracción no exclusivamente hacia los hombres. La distribución de los participantes por orientación sexual en cada país puede ser observada en la Tabla 2.

### *Instrumentos*

Se aplicó un cuestionario auto-administrado de 16 páginas con 96 reactivos que tomaba aproximadamente 35 minutos para contestar. Se incluyó:

#### *1 Escala de Datos Sociodemográficos*

Seis reactivos dirigidos a obtener información demográfica general de los participantes.

#### *2 Escala de Construcción Social de la Masculinidad*

Escala adaptada por Toro-Alfonso, Varas-Díaz y Felicié (2004) de la escala de roles de masculinidad de Levant y Fischer (1995). La escala posee 30 reactivos que se contestan estilo escala Likert: Totalmente de acuerdo; Parcialmente de acuerdo; Indeciso; Parcialmente en desacuerdo; y Totalmente en desacuerdo. La escala intenta evaluar el nivel de adherencia de los participantes a los modelos tradicionales de la masculinidad hegemónica. Esta escala obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0,92.

#### *3 Escala de Actitudes y conductas alimentarias*

La prueba de conductas alimentarias (EAT) posee 26 reactivos que se contestan estilo escala Likert: Siempre; Usualmente; Frecuentemente; Algunas

Veces; Raramente y Nunca. Su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN), mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con AN. El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año de 1979, contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento. El EAT en sus dos versiones, es tal vez, el cuestionario autoaplicado más utilizado y requiere de un nivel de lectura para contestarlo de quinto año de primaria. Esta escala obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0,85 (Garner, Olmsted, Bhor y Garfinkel, 1982).

#### *4 Escala de imagen corporal*

Cuestionario de imagen corporal (BSQ): fue creado y validado en la población estadounidense (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987) y adaptada por Raich y colaboradores (1996). El BSQ es un cuestionario diseñado para valorar la insatisfacción corporal de TCA (anorexia y bulimia), el cual ha mostrado su capacidad para evaluar la figura en personas que no sufren de estos trastornos (Raich, 2001). Consta de 34 ítems que evalúan as-

**Tabla 2. Distribución de participantes por orientación sexual por país**

	TE ATRAEN EXCLUSIVAMENTE LAS MUJERES	TE ATRAEN PARCIALMENTE LOS HOMBRES PERO PREFIERES A LAS MUJERES	TE ATRAEN PARCIALMENTE LAS MUJERES PERO PREFIERES LOS HOMBRES	TE ATRAEN EXCLUSIVAMENTE LOS HOMBRES	TE ATRAEN IGUALMENTE LOS HOMBRES COMO LAS MUJERES
República Dominicana	0 (0,0)	3 (2,7)	15 (13,4)	82 (73,2)	12 (10,7)
Puerto Rico	1 (0,5)	6 (2,8)	46 (21,6)	151 (70,9)	9 (4,2)
Colombia	0 (0,0)	1 (1,4)	9 (12,5)	61 (84,7)	1 (1,4)
Perú	1 (2,3)	1 (2,3)	4 (9,1)	37 (84,1)	1 (2,3)
Argentina	2 (2,6)	1 (1,3)	15 (19,2)	58 (74,4)	2 (2,6)
Chile	0 (0,0)	5 (3,3)	29 (19,2)	103 (68,2)	14 (9,3)
Paraguay	0 (0,0)	2 (2,1)	20 (20,6)	67 (69,1)	8 (8,2)
México	6 (3,9)	5 (3,2)	33 (21,3)	97 (62,6)	14 (9,0)
Cuba	3 (3,0)	1 (1,0)	22 (22,0)	71 (71,0)	3 (3,0)
Guatemala	2 (1,4)	0 (0,0)	17 (11,6)	114 (78,1)	13 (8,9)
Total	15 (1,3)	25 (2,1)	210 (18,0)	841 (72,0)	77 (6,6)

pectos actitudinales de la imagen corporal: insatisfacción/preocupación por el peso y línea. Contiene seis opciones a respuesta desde Nunca hasta Siempre; su punto de corte es de 105. No posee factores, su objetivo es explorar la autopercepción respecto a la imagen corporal e identificar la presencia de insatisfacción de esta. Esta escala obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0,97.

### Procedimiento

La presente investigación fue revisada y aprobada por el Comité Institucional para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación (CIPSHI) de la Universidad de Puerto Rico y por el Comité de Ética de la Universidad Católica del Norte en Chile.

Considerando la imposibilidad de tener exactitud sobre el tamaño del universo poblacional, y por ende del marco de muestreo, de la población de hombres gay y de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), se decide utilizar un muestreo no probabilístico, combinando el denominado bola de nieve (Goodman, 1961), en donde los participantes iniciales elegidos aleatoriamente nominan a otros individuos de la población objetivo, y a su vez estos vuelven a nominar a otras personas de la misma población, y así sucesivamente, hasta que se corta la cadena de referencia, con el muestreo dirigido por los entrevistados (Heckathorn, 1997; Salganik, 2006; Salganik y Heckathorn, 2004; Semaan, 2010) ya que los sujetos iniciales en cada país fueron elegidos dado su pertenencia a subgrupos claves en la población estudiada y habían tenido contacto con los que referencian al menos durante los seis meses anteriores al reclutamiento.

Se parte del supuesto que pese a que los HSH pudiesen considerarse socialmente marginados,

no están aislados, sino que pertenecen a diversas redes sociales, permitiendo que la muestra esté compuesta por un grupo poblacional heterogéneo y extenso. Una revisión extensa de la metodología de muestreo dirigido por entrevistados en HSH, puede ser revisada en Estrada y Vargas (2010).

Una vez elegidos los individuos que iniciarían las cadenas en los diferentes participantes, estos referenciaban nuevos participantes, los cuales eran contactados e invitados a participar voluntariamente en la investigación, explicándoseles el objetivo de ésta para luego firmar el consentimiento informado. Una vez que completaban los cuestionarios, cada uno de ellos refería nuevos contactos, quienes eran sometidos al mismo procedimiento. La cadena se rompía cuando las personas sugeridas se negaban a participar o bien ya estaban incluidas en la muestra.

Los datos fueron ingresados a una base construida en SPSS 17. Se realizan en primer lugar análisis descriptivos de la variable imagen corporal, actitudes hacia el comer y la adherencias al modelo hegemónico de la masculinidad por país y por orientación (exclusivamente homosexual o no).

### Resultados

La mayoría de los HG latinoamericanos (88,5%) participantes no presentaron indicadores de TCA según los criterios del EAT-26. Del total de participantes solo 135 (11,5%) hombres mostraron algún indicador de TCA.

Los participantes de Puerto Rico y Cuba reportaron la mayor cantidad de dificultades alimentarias en comparación con los participantes de los demás países, 15% (n=32) en Puerto Rico y 15% (n=15) en Cuba. La Tabla 3 presenta la distribución de los par-

**Tabla 3. Distribución de la muestra por país y por indicadores de trastornos alimentarios**

	NO PRESENTA INDICADORES DE TCA (N - %)	PRESENTA INDICADORES DE TCA (N - %)
República Dominicana	104 (90,4)	11 (9,6)
Puerto Rico	182 (85,0)	32 (15,0)
Colombia	66 (91,7)	6 (8,3)
Perú	39 (88,6)	5 (11,4)
Argentina	73 (93,6)	5 (6,4)
Chile	133 (88,1)	18 (11,9)
Paraguay	85 (87,6)	12 (12,4)
México	143 (92,3)	12 (7,7)
Cuba	85 (85,0)	15 (15,0)
Guatemala	130 (87,2)	19 (12,8)
Total	1040 (88,5)	135 (11,5)

participantes por indicadores de problemas alimentarios en cada uno de los países participantes.

Tal como se muestra en la Tabla 4, la mayoría de los participantes informaron estar satisfechos con su imagen corporal. En la muestra total, el 13% reportó sentirse insatisfecho con su imagen, alcanzando el porcentaje más alto en los participantes peruanos (34%), seguido por Puerto Rico y Paraguay con un 21%.

La mayoría de los participantes (69%,  $n=809$ ) manifestó una adherencia moderada a los roles tradicionales de la masculinidad.

Aunque en todos los países en conjunto el nivel de aceptación de los roles tradicionales de la masculinidad es moderado, más del 30% de los participantes de Argentina (41%,  $n=32$ ), Guatemala (36%,  $n=53$ ) y México (36%,  $n=56$ ), manifestaron niveles

bajos de adherencia a la masculinidad tradicional. Los niveles más altos de adherencia a la masculinidad hegemónica se observan en la República Dominicana (16%,  $n=18$ ) y en Cuba (17%,  $n=17$ ). En la Tabla 5 se puede observar la distribución de los niveles de la adherencia al modelo tradicional en cada país participante.

Encontramos una relación significativa entre la adherencia al modelo tradicional de la masculinidad y la presencia de indicadores de problemas alimentarios. En el grupo de hombres gay participantes, aquellos que muestran mayor adherencia a la masculinidad hegemónica tienden a manifestar mayores indicadores de dificultades con la alimentación ( $r=0,108^{**}$ ). De igual forma encontramos una relación significativa entre la presencia de dificultades con la imagen corporal y la conducta alimentaria ( $0,571^{**}$ ).

**Tabla 4. Distribución de participantes por país en Imagen Corporal (IC) (N=1175)**

	NO MUESTRA INDICADORES DE DIFICULTAD IC	MUESTRA INDICADORES DIFICULTAD IC
República Dominicana	105 (91,3)	10 (8,7)
Puerto Rico	169 (79,0)	45 (21,0)
Colombia	67 (93,1)	5 (6,9)
Perú	29 (65,9)	15 (34,1)
Argentina	72 (92,3)	6 (7,7)
Chile	133 (88,1)	18 (11,9)
Paraguay	76 (78,4)	21 (21,6)
México	137 (88,4)	18 (11,6)
Cuba	93 (93,0)	7 (7,0)
Guatemala	137 (91,9)	12 (8,1)
Total	1018 (86,6)	157 (13,4)

**Tabla 5. Distribución de participantes por país en adherencia a masculinidad (N=1175)**

	BAJA ADHERENCIA A MODELO HEGEMÓNICO DE MASCULINIDAD	MODERADA ADHERENCIA A MODELO HEGEMÓNICO DE MASCULINIDAD	ALTA ADHERENCIA A MODELO HEGEMÓNICO DE MASCULINIDAD
República Dominicana	15 (13,0)	82 (71,3)	18 (15,7)
Puerto Rico	56 (26,2)	152 (71,0)	6 (2,8)
Colombia	20 (27,8)	46 (63,9)	6 (8,3)
Perú	3 (6,8)	37 (84,1)	4 (9,1)
Argentina	32 (41,0)	45 (57,7)	1 (1,3)
Chile	36 (23,8)	111 (73,5)	4 (2,6)
Paraguay	18 (18,6)	76 (78,4)	3 (3,1)
México	56 (36,1)	91 (58,7)	8 (5,2)
Cuba	2 (2,0)	81 (81,0)	17 (17,0)
Guatemala	53 (35,6)	88 (59,1)	8 (5,4)
Total	291 (24,8)	809 (68,9)	75 (6,4)

**Tabla 6. Promedio y desviaciones estándar de las escalas por países**

PAÍS	ROLES DE GÉNERO		TRASTORNOS ALIMENTARIOS		IMAGEN CORPORAL	
	M	DE	M	DE	M	DE
República Dominicana	76,20	26,66	7,99	9,15	56,79	29,68
Puerto Rico	62,41	18,28	9,77	10,17	76,69	34,47
Colombia	67,38	23,38	6,96	9,55	57,54	26,79
Perú	77,55	16,05	9,41	7,61	81,50	34,17
Argentina	57,28	17,23	6,50	7,37	69,35	24,99
Chile	66,23	18,57	9,68	11,28	71,61	29,06
Paraguay	69,03	18,50	7,67	8,64	78,53	33,55
México	60,03	21,35	6,70	9,07	68,77	31,17
Cuba	78,07	20,18	9,66	8,69	57,54	22,23
Guatemala	60,66	22,54	9,03	9,55	64,81	29,19
Total	66,12	21,59	8,50	9,52	68,58	31,07

Realizamos un análisis de varianza (ANOVA) para examinar diferencias por países entre los promedios en las escalas de roles de género, indicadores de trastornos alimentarios y de imagen corporal. Los promedios y las desviaciones estándar se muestran en la Tabla 6.

El supuesto de homogeneidad de varianza no se cumplió para las puntuaciones de las escalas de roles de género e imagen corporal, por lo tanto se reporta el Welch F-Ratio. El análisis de varianza indica que existen diferencias significativas entre los promedios en las puntuaciones por países en la escala de roles de género ( $F(9, 377.24) = 13.904, p=0,000$ ) e imagen corporal ( $F(9, 377.85) = 9.070, p=0,000$ ). En cuanto a la escala de trastornos alimentarios, aunque el análisis reflejó una diferencia significativa entre el promedio de las puntuaciones por países ( $F(9, 1165) = 2.289, p=0,015$ ), al examinar la prueba post hoc de Hochberg no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de los países.

La prueba post hoc de Games-Howell para las puntuaciones de la escala de roles de género indica que los participantes de Cuba ( $M=78,07$ ), Perú ( $M=77,5$ ) y República Dominicana ( $M=76,20$ ) muestran un promedio más alto en las puntuaciones de la escala y éste difiere significativamente de las puntuaciones promedios de Argentina ( $M=57,28$ ), México ( $M= 60,03$ ), Guatemala ( $M=60,66$ ), Puerto Rico ( $M= 62,41$ ), Chile ( $M=66,23$ ) y Paraguay ( $M= 69,03$ ). Argentina por su parte presenta el promedio más bajo, seguido por México, Guatemala y Puerto Rico.

Por su parte, la prueba post hoc Games-Howell para las puntuaciones de la escala de imagen corporal muestra que los participantes de Perú

( $M=81,50$ ), Puerto Rico ( $M=76,69$ ) y Paraguay ( $M=78,53$ ) presentan los promedios más altos y estos difieren significativamente de los promedios de República Dominicana ( $M= 56,79$ ), Colombia ( $M= 57,54$ ) y Cuba ( $M=57,54$ ). Asimismo, los promedios de Puerto Rico y Paraguay difieren significativamente del promedio de Guatemala en esta escala ( $M=64,81$ ). Colombia ( $M= 57,54$ ), República Dominicana ( $M=56,79$ ) y Cuba ( $M= 57,54$ ), por su parte, muestran los promedios más bajos en las puntuaciones de esta escala. Difieren significativamente con los promedios de Puerto Rico ( $M=76,69$ ), Perú ( $M=81,50$ ), Chile ( $M= 71,61$ ) y Paraguay ( $M=78,53$ ). República Dominicana además difiere del promedio de México ( $M=68,77$ ) al igual que Cuba, país cuyo promedio en esta escala también difiere significativamente de Argentina ( $M=69,35$ ).

Al realizar un análisis de regresión, considerando como variable dependiente los indicadores de trastornos de conducta alimentarios utilizando el método introducir (*Enter*), obtuvimos un modelo significativo ( $F(2, 1172)=296.038, p=0,000$ ). El modelo explica el 34% de la varianza ( $R^2=0,336$ ).

VARIABLE PREDICTORA	BETA	P
Imagen Corporal	0,579	0,000
Roles de género	0,100	0,000

Realizamos además un análisis de regresión por países siguiendo el mismo método anterior. Los resultados más relevantes se muestran en la Tabla 7. La imagen corporal resultó ser una variable predictiva significativa de los indicadores de trastornos alimentarios en la mayoría de los países con excepción de Cuba, donde no se encontró una relación signifi-

ticipantes por indicadores de problemas alimentarios en cada uno de los países participantes.

Tal como se muestra en la Tabla 4, la mayoría de los participantes informaron estar satisfechos con su imagen corporal. En la muestra total, el 13% reportó sentirse insatisfecho con su imagen, alcanzando el porcentaje más alto en los participantes peruanos (34%), seguido por Puerto Rico y Paraguay con un 21%.

La mayoría de los participantes (69%,  $n=809$ ) manifestó una adherencia moderada a los roles tradicionales de la masculinidad.

Aunque en todos los países en conjunto el nivel de aceptación de los roles tradicionales de la masculinidad es moderado, más del 30% de los participantes de Argentina (41%,  $n=32$ ), Guatemala (36%,  $n=53$ ) y México (36%,  $n=56$ ), manifestaron niveles

bajos de adherencia a la masculinidad tradicional. Los niveles más altos de adherencia a la masculinidad hegemónica se observan en la República Dominicana (16%,  $n=18$ ) y en Cuba (17%,  $n=17$ ). En la Tabla 5 se puede observar la distribución de los niveles de la adherencia al modelo tradicional en cada país participante.

Encontramos una relación significativa entre la adherencia al modelo tradicional de la masculinidad y la presencia de indicadores de problemas alimentarios. En el grupo de hombres gay participantes, aquellos que muestran mayor adherencia a la masculinidad hegemónica tienden a manifestar mayores indicadores de dificultades con la alimentación ( $r=0,108^{**}$ ). De igual forma encontramos una relación significativa entre la presencia de dificultades con la imagen corporal y la conducta alimentaria ( $r=0,571^{**}$ ).

**Tabla 4. Distribución de participantes por país en Imagen Corporal (IC) (N=1175)**

	NO MUESTRA INDICADORES DE DIFICULTAD IC	MUESTRA INDICADORES DIFICULTAD IC
República Dominicana	105 (91,3)	10 (8,7)
Puerto Rico	169 (79,0)	45 (21,0)
Colombia	67 (93,1)	5 (6,9)
Perú	29 (65,9)	15 (34,1)
Argentina	72 (92,3)	6 (7,7)
Chile	133 (88,1)	18 (11,9)
Paraguay	76 (78,4)	21 (21,6)
México	137 (88,4)	18 (11,6)
Cuba	93 (93,0)	7 (7,0)
Guatemala	137 (91,9)	12 (8,1)
Total	1018 (86,6)	157 (13,4)

**Tabla 5. Distribución de participantes por país en adherencia a masculinidad (N=1175)**

	BAJA ADHERENCIA A MODELO HEGEMÓNICO DE MASCULINIDAD	MODERADA ADHERENCIA A MODELO HEGEMÓNICO DE MASCULINIDAD	ALTA ADHERENCIA A MODELO HEGEMÓNICO DE MASCULINIDAD
República Dominicana	15 (13,0)	82 (71,3)	18 (15,7)
Puerto Rico	56 (26,2)	152 (71,0)	6 (2,8)
Colombia	20 (27,8)	46 (63,9)	6 (8,3)
Perú	3 (6,8)	37 (84,1)	4 (9,1)
Argentina	32 (41,0)	45 (57,7)	1 (1,3)
Chile	36 (23,8)	111 (73,5)	4 (2,6)
Paraguay	18 (18,6)	76 (78,4)	3 (3,1)
México	56 (36,1)	91 (58,7)	8 (5,2)
Cuba	2 (2,0)	81 (81,0)	17 (17,0)
Guatemala	53 (35,6)	88 (59,1)	8 (5,4)
Total	291 (24,8)	809 (68,9)	75 (6,4)



**Tabla 6. Promedio y desviaciones estándar de las escalas por países**

PAÍS	ROLES DE GÉNERO		TRASTORNOS ALIMENTARIOS		IMAGEN CORPORAL	
	M	DE	M	DE	M	DE
República Dominicana	76,20	26,66	7,99	9,15	56,79	29,68
Puerto Rico	62,41	18,28	9,77	10,17	76,69	34,47
Colombia	67,38	23,38	6,96	9,55	57,54	26,79
Perú	77,55	16,05	9,41	7,61	81,50	34,17
Argentina	57,28	17,23	6,50	7,37	69,35	24,99
Chile	66,23	18,57	9,68	11,28	71,61	29,06
Paraguay	69,03	18,50	7,67	8,64	78,53	33,55
México	60,03	21,35	6,70	9,07	68,77	31,17
Cuba	78,07	20,18	9,66	8,69	57,54	22,23
Guatemala	60,66	22,54	9,03	9,55	64,81	29,19
Total	66,12	21,59	8,50	9,52	68,58	31,07

Realizamos un análisis de varianza (ANOVA) para examinar diferencias por países entre los promedios en las escalas de roles de género, indicadores de trastornos alimentarios y de imagen corporal. Los promedios y las desviaciones estándar se muestran en la Tabla 6.

El supuesto de homogeneidad de varianza no se cumplió para las puntuaciones de las escalas de roles de género e imagen corporal, por lo tanto se reporta el Welch F-Ratio. El análisis de varianza indica que existen diferencias significativas entre los promedios en las puntuaciones por países en la escala de roles de género ( $F(9, 377.24) = 13.904, p=0,000$ ) e imagen corporal ( $F(9, 377.85) = 9.070, p=0,000$ ). En cuanto a la escala de trastornos alimentarios, aunque el análisis reflejó una diferencia significativa entre el promedio de las puntuaciones por países ( $F(9, 1165) = 2.289, p=0,015$ ), al examinar la prueba post hoc de Hochberg no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de los países.

La prueba post hoc de Games-Howell para las puntuaciones de la escala de roles de género indica que los participantes de Cuba ( $M=78,07$ ), Perú ( $M=77,5$ ) y República Dominicana ( $M=76,20$ ) muestran un promedio más alto en las puntuaciones de la escala y éste difiere significativamente de las puntuaciones promedios de Argentina ( $M=57,28$ ), México ( $M= 60,03$ ), Guatemala ( $M=60,66$ ), Puerto Rico ( $M= 62,41$ ), Chile ( $M=66,23$ ) y Paraguay ( $M= 69,03$ ). Argentina por su parte presenta el promedio más bajo, seguido por México, Guatemala y Puerto Rico.

Por su parte, la prueba post hoc Games-Howell para las puntuaciones de la escala de imagen corporal muestra que los participantes de Perú

( $M=81,50$ ), Puerto Rico ( $M=76,69$ ) y Paraguay ( $M=78,53$ ) presentan los promedios más altos y estos difieren significativamente de los promedios de República Dominicana ( $M= 56,79$ ), Colombia ( $M= 57,54$ ) y Cuba ( $M=57,54$ ). Asimismo, los promedios de Puerto Rico y Paraguay difieren significativamente del promedio de Guatemala en esta escala ( $M=64,81$ ). Colombia ( $M= 57,54$ ), República Dominicana ( $M=56,79$ ) y Cuba ( $M= 57,54$ ), por su parte, muestran los promedios más bajos en las puntuaciones de esta escala. Difieren significativamente con los promedios de Puerto Rico ( $M=76,69$ ), Perú ( $M=81,50$ ), Chile ( $M= 71,61$ ) y Paraguay ( $M=78,53$ ). República Dominicana además difiere del promedio de México ( $M=68,77$ ) al igual que Cuba, país cuyo promedio en esta escala también difiere significativamente de Argentina ( $M=69,35$ ).

Al realizar un análisis de regresión, considerando como variable dependiente los indicadores de trastornos de conducta alimentarios utilizando el método introducir (*Enter*), obtuvimos un modelo significativo ( $F(2, 1172) = 296.038, p=0,000$ ). El modelo explica el 34% de la varianza ( $R^2=0,336$ ).

VARIABLE PREDICTORA	BETA	P
Imagen Corporal	0,579	0,000
Roles de género	0,100	0,000

Realizamos además un análisis de regresión por países siguiendo el mismo método anterior. Los resultados más relevantes se muestran en la Tabla 7. La imagen corporal resultó ser una variable predictiva significativa de los indicadores de trastornos alimentarios en la mayoría de los países con excepción de Cuba, donde no se encontró una relación signifi-

Tabla 7. Resultados regresión por países

	IMAGEN CORPORAL				ROLES GÉNERO			
	b	ERROR ESTÁNDAR	$\beta$	p	b	ERROR ESTÁNDAR	$\beta$	p
República Dominicana	0,189	0,022	0,612	0,000	0,079	0,025	0,231	0,002
Puerto Rico	0,183	0,016	0,621	0,000	0,036	0,030	0,064	0,232
Colombia	0,224	0,033	0,629	0,000	0,062	0,037	0,151	0,104
Perú	0,133	0,027	0,596	0,000	0,069	0,058	0,146	0,241
Argentina	0,153	0,027	0,518	0,000	0,129	0,038	0,302	0,001
Chile	0,229	0,026	0,589	0,000	-0,051	0,040	-0,084	0,205
Paraguay	0,161	0,020	0,626	0,000	0,075	0,036	0,161	0,041
México	0,209	0,016	0,718	0,000	0,037	0,024	0,086	0,128
Cuba	-0,006	0,040	-0,016	0,875	-0,007	0,044	-0,017	0,866
Guatemala	0,202	0,021	0,619	0,000	-0,004	0,028	-0,009	0,895

cativa entre las variables estudiadas. Por otra parte, los roles de género sólo resultaron como variables predictivas significativa en algunos países entre ellos: República Dominicana, Argentina y Paraguay.

## Discusión

Los resultados de esta investigación confirman los hallazgos de otras investigaciones que colocan la prevalencia de trastornos alimentarios en hombres gay en 10%-15% (Burns y Crisp, 1990; Carlat y Camargo, 1991). A pesar de que la homosexualidad no necesariamente implica trastornos particulares, parece establecerse que cerca del 10% de los HG latinoamericanos en los diez países participantes, tienen indicadores de dificultades en el área de la alimentación (Harpers y Jansen, 2005).

También se confirma la premisa establecida en numerosos estudios que establecen que existe una relación entre la insatisfacción corporal y la alteración en las actitudes y comportamientos alimentarios. La mayoría de los HG latinoamericanos que participaron en el estudio y que indicaron insatisfacción con la imagen corporal también demostraron problemas con la alimentación (Siconolfi, Halkitis, Allomong y Burton, 2009; Toro-Alfonso, Nieves Lugo y Borrero Bracero, 2010).

Nos parece importante señalar la relación entre la adherencia al modelo hegemónico de la masculinidad y las dificultades con la imagen corporal. El cuerpo sirve de evidencia de los cánones sociales sobre la construcción de la masculinidad. Los HG latinoamericanos, aunque de forma moderada, parecen replicar el modelo de lo masculino. En la insistencia en construir el cuerpo masculino socialmen-

te establecido y en muchas ocasiones con grandes dificultades para llegar a alcanzar el imaginario del modelo de la masculinidad, recurren a estrategias de control de ingesta para lograr su objetivo.

La insatisfacción con el cuerpo que tienen y en la búsqueda del cuerpo que quieren, esperado que se manifiesten algunas dificultades con el área de la alimentación. Además, la imagen del cuerpo masculino saludable se presenta comunmente en los medios de comunicación presentando el ideal del cuerpo deseado. Algunos investigadores señalan la excesiva importancia que las comunidades de hombres gay le asignan a la imagen corporal (Signorile, 1998). Sin embargo, es pertinente mencionar que la imagen corporal ideal de los hombres no-anglosajones ha estado consistentemente sub representada en los medios de comunicación escrita (Heinberg y Kraft, 2008).

Pareciera que los HG latinoamericanos se encuentran entre dos mundos de la masculinidad. En la sociedad general, la imagen de la metrosexualidad ha dado paso a hombres que se ocupan y se preocupan de su imagen corporal hasta, en ocasiones, la obsesión por un cuerpo marcado y resultado del ejercicio diario. Baile, Monroy y Garay (2005) encontraron, en su estudio con hombres usuarios de gimnasio, que casi la mitad de los sujetos tenía preocupación moderada por su imagen corporal y diez de cada cien hombres mostraba una grave preocupación por su imagen.

Sin embargo, es importante destacar que la mayoría de los participantes mostraron no tener dificultades con la imagen corporal ni con trastornos alimentarios. Estos datos respaldan la postura de Kane (2010) que alerta a alejarse del estereotipo de que los hombres gay universalmente están fijados

en la apariencia física y en presentar una imagen corporal ideal ante los demás hombres. Sin descontar la importancia que debemos prestar a los HG con dificultades en la imagen corporal y TCA, tenemos que reconocer que esta no es la realidad de la mayoría de los HG latinoamericanos que participaron en nuestro estudio.

Es importante reconocer que probablemente los HG perciben su cuerpo de forma diferente a los heterosexuales partiendo de la premisa que el objeto de su deseo es de su mismo sexo, sin embargo también es cierto que todos los hombres –independientemente de su orientación sexual– tienen en mente su cuerpo y su nivel de satisfacción con el mismo. Esta dinámica no es necesariamente exclusiva de los HG.

Lo que parece ser cierto y que este estudio no examina, es que la percepción del cuerpo y la satisfacción con la imagen corporal de todos los hombres debe estar relacionada con un sin número de factores entre los que se incluyen la edad, la estatura, el peso, la personalidad, los intereses particulares, la etnicidad, el vello corporal, la estructura del cuerpo, el tamaño del pene, la movilidad social y la orientación sexual. La orientación sexual es solo un factor entre todos los mencionados. Existe literatura que examina asuntos de la imagen corporal de hombres heterosexuales vinculados al ejercicio y la posibilidad de que el deseo de desarrollar un cuerpo muscular se manifieste en un tipo de dismorfia muscular. Las conductas asociadas incluyen patrones disfuncionales de alimentación, el uso de anabólicos, esteroides y otros estimulantes (McCreary y cols., 2007).

Desde la perspectiva de la psicología de la salud nos corresponde examinar detenidamente el impacto de las dificultades con la imagen corporal y los trastornos alimentarios en sectores de la población de hombres gay latinoamericanos y, a la misma vez, eliminar la posibilidad de mantener estereotipos que estigmatizan y excluyen una población que ha sido históricamente marginada.

### Limitaciones

Advertimos a los y las lectoras, que esta investigación tiene algunas limitaciones con relación al muestreo, que ameritan la necesidad de seguir profundizando en este área y abren nuevas líneas de investigación. Los participantes fueron seleccionados por disponibilidad, por lo que no representan el universo de los hombres gay latinoamericanos. Dado el tipo de reclutamiento, el tamaño muestral no fue similar en todos los países. Además, esta es una muestra de personas gay relativamente jóvenes, por tanto es posible que exista una sobre

representación de personas con alta preocupación por la imagen corporal y con actitudes asociadas a la masculinidad hegemónica, en tanto existen investigaciones que han establecido que la preocupación con la imagen corporal disminuye con la edad en poblaciones de hombres gay (McCreary y cols., 2007). Finalmente debemos señalar la necesidad de explorar en futuras investigaciones el efecto de los niveles educativos y de ingreso económico, toda vez que es posible que algunas diferencias por países estén relacionadas al nivel educativo y de ingreso de sus participantes.

### BIBLIOGRAFÍA

- Ardila, R. (2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI (1), 67-77.
- Ashuk, R.M. (2004). *Narratives of males with eating disorders*. Tesis de Maestría. Departamento de Psicología Educativa. University of Saskatchewan, Saskatoon.
- Baile Ayensa, J.I., Monroy, K.E. y Garay Rancel, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(10), 161-169.
- Blashill, A. J. y Powlishta, K. K. (2009). Gay stereotypes: The use of sexual orientation as a cue for gender-related attributes. *Sex Roles*, 61(11/12), 783-793.
- Blashill, A.J. y Vander, J.S. (2009). Mediation of gender role conflict and eating pathology in gay men. *Psychology of Men and Masculinity*, 10(3), 204-217.
- Bergstrom, R. L. y Neighbors, C. (2006). Body image disturbance and the social norms approach: An integrative review of the literature. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 975-1000.
- Boisvert, J.A. y Harrell, W.A. (2009). Homosexuality as a risk factor for eating disorder symptomatology in men. *The Journal of Men's Studies*, 17(3), 210-225.
- Burns, T. y Crisp, A. H. (1990). Outcome of anorexia nervosa in males. *British Journal of Psychiatry*, 145, 319-338.
- Carlat, D. J. y Camargo, C. A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
- Carper, T.L., Negy, C. y Tantleff-Dunn, S. (2010). Relations among media influence, body image, eating concerns, and sexual orientation in men: A preliminary study. *Body Image*, 7(4), 301-309.

- Clarke, V., Ellis, S. J., Peel, E. y Riggs, D. W. (2010). *Lesbian, gay, bisexual, trans y queer psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Sydney, Australia: Allen y Unwin.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairbun, G.G. (1987). The development and validation of the Body Satisfaction Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Duggan, S. J. y McCreary, D. R. (2004). Body image, eating disorders, and the drive for muscularity in gay and heterosexual men: The influence of media images. *Journal of Homosexuality*, 47, 45-58.
- Duncan, D. (2007). Out of the closet and into de gym: Gay men and body image in Melbourne Australia. *The Journal of Men's Studies*, 15, 331-346.
- Duncan, D. (2009). Gay men, body identity and the politics of visibility. *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review*, 6, 20-30.
- Estrada, J. H. y Vargas, L. (2010). El muestreo dirigido por los entrevistados (MDE) para acceder a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al VIH: su aplicación en grupos de hombres que tienen sexo con hombres. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(3), 266-281.
- Feldman, M. B. y Meyer, I. H. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 218-226.
- Fitcher, M. M. y Daser, C. (1987). Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychological Medicine*, 17, 409-418.
- French, S. Story, M., Ramafedi, G., Resnic, M. y Blum; R. (1996). Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: a population based study of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 119-126.
- Garner, D.M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2*. Madrid, España: Tea Ediciones.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bhor Y. y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gettleman, T. E. y Thompson, J. K. (1993). Actual differences and stereotypical perceptions in body image and eating disturbance: A comparison of male and female heterosexual and homosexual samples. *Sex Roles*, 29, 7/8, 545-562.
- Goldfield, G. S., Blouin, A. G. y Woodside, D. B. (2006). Body image, binge eating, and bulimia nervosa in male bodybuilders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 160-168.
- Goodman, L.A. (1961.) Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32, 148-170.
- Harpers, H.J. y Jansen, A. (2005). Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 1188-1201.
- Heckathorn, D. (1997). Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*, 44, 174-199.
- Heinberg, L. J. y Kraft, C. (2008). Body image disturbance and its related disorders. En S. Loue (Ed.), *Health issues confronting minority men who have sex with men* (pp.67-82). New York: Springer.
- Herek, G. M. (2010). Sexual orientation differences as deficits: Science and stigma in the history of American psychology. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 693-699.
- Herzog, D. B., Newman, K. L. y Warshaw, M. (1991). Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (6), 356-359.
- Jackson, C.D. (2008). *Exploration of factors associated with eating disorders in gay men*. Disertación Doctoral. Universidad de Iowa.
- Kaminski, P. L., Chapman, B. P., Haynes, S. D. y Own, L. (2005). Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating Behaviors*, 6, 179-187.
- Kane, G. D. (2009). Unmasking the gay male body ideal: A critical analysis of the dominant research on gay men's body image issues. *Gay y Lesbian Issues and Psychology Review*, 5(1), 20-33.
- Kane, G.D. (2010). Revisiting gay men's body issues: Exposing the fault lines. *Review of General Psychology*, 14(4), 311-317.
- Kimmel, S. B. y Mahalik, J. R. (2005). Body image concerns of gay men: The roles of minority stress and conformity to masculine norms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1185-1190.
- Kite, M. E. y Deaux, K. (1987). Gender belief systems: Homosexuality and the implicit inversion theory. *Psychology of Women Quarterly*, 11, 83-96.

- Lakkis, J., Ricciardelli, L.A. y William, R.J. (1999). Role of sexual orientation and gender-related traits in disordered eating. *Sex Roles*, 41, 1-16.
- Levant, R. y Fischer, J. (1995). The Male Role Norm Inventory. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauseman, G. Schreer y S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 469-471). Thousand Oaks, CA: Sage.
- McCreary, D.R., Hildebrandt, T.B., Heinberg, L.J., Boroughs, M. y Thompson, J.K. (2007). A review of body image influences on men's fitness goals and supplement use. *American Journal of Men's Health*, 1(4), 307-316.
- Martínez Taboas, A. y Padilla, V. (2011). La salud mental de gays y lesbianas. En J. Toro-Alfonso y A. Martínez Taboas (Eds.), *Lesbianas, gays, bisexuales y transgéneros: Apuntes sobre su salud desde la psicología* (pp. 13-44). San Juan, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Martins y., Tiggemann, M. y Kirkbride, A. (2007). Those Speedos become them: The role of self-objectification in gay and heterosexual men's body image. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(5), 634-647.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Meyer, C., Blissett, J. y Oldfield, C. (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: The role of masculinity and femininity. *Journal of Eating Disorders*, 29(3), 314-318.
- Murnen, S. K. y Smolak, L. (1997). Femininity, masculinity, and disordered eating: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 231-242.
- Peplau, L.A., Frederick, D.A., Yee, C., Maisel, N., Lever, J. y Ghavami, N. (2009). Body dissatisfaction in heterosexual, gay, and lesbian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 713-725.
- Raich, R.M. (2001). *Imagen Corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Barcelona: Pirámide.
- Raich, R., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.
- Russell, C. J. y Keel, P. K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 300-306.
- Salganik, M. J. (2006). Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. *Journal of Urban Health*, 83, 98-112.
- Saganik, M. y Heckathorn, D.D. (2004). Sampling and estimation in hidden populations using respondent driven sampling. *Sociological Methodology*, 34, 193-239.
- Schneider, J. A. y Agras, W. S. (1987). Bulimia in males: A matched comparison with females. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 235-242.
- Schneider, J. A., O'Leary, A. y Jenkins, S. R. (1995). Gender, sexual orientation, and disordered eating. *Psychology and Health*, 10, 113-128.
- Semaan, S. (2010). Time-space sampling and respondent-driven sampling with hard-to reach populations. *Methodological Innovations Online*, 5(2), 60-75.
- Shernoff, M. (2002). Body image, working out, and therapy. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 14(1), 89 - 94.
- Siconolfi, D., Halkitis, P.N., Allomong, T.W. y Burton C.L. (2009). Body dissatisfaction and eating disorders in a sample of gay and bisexual men. *International Journal of Men's Health*, 8(3), 254-264.
- Siever, M. D. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 2, 252-260.
- Signorile, M. (1998). *Life outside: The Signorile report on gay men: Sex, drugs, muscles, and the passages of life*. New York, NY: HarperCollins.
- Toro-Alfonso, J., Varas-Díaz, N. y Felicié-Mejías, J. (2004, Julio). *Masculinities and HIV: The social construction of behavioral risk in a sample of Latino men who have sex with men*. Presentado en la XV Conferencia Internacional de SIDA, Bangkok, Tailandia.
- Toro-Alfonso, J. (2008). Cuerpo, masculinidad y los desórdenes alimentarios. Cap IV. *Masculinidades Subordinadas* (pp.71-92). San Juan, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Toro-Alfonso, J., Nieves, Lugo, K., Borrero Bracero, N. (2010). Cuerpo y masculinidad: Los trastornos alimentarios en hombres. *Journal of Interamerican Psychology*, 44(2), 203-212.
- Varas Díaz, N., Serrano-García, I. y Toro-Alfonso, J. (2002). *Estigma y diferencia social: VIH/SIDA en Puerto Rico*. San Juan, PR: Ediciones Huracán.

Recibido: 18-8-11  
Aceptado: 1-2-12