

**Mujeres jóvenes
y trastornos de
la conducta
alimentaria.**

**Impacto de los
roles y
estereotipos de
género.**

136

Mujeres jóvenes y trastornos de la conducta alimentaria.

Impacto de los roles y estereotipos de género.

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado
<https://cpage.mpr.gob.es>

Edita:
Instituto de las Mujeres
Subdirección General de Estudios y Cooperación
Ministerio de Igualdad

Autoría:
María Calado Otero

Depósito Legal: M-14387-2024
NIPO: 050-24-020-2
eNIPO: 050-24-021-8

Imprime: Blanca Impresores, S.L.

El Instituto de las Mujeres no se hace responsable de las opiniones expresadas en este estudio ni de los resultados obtenidos en el mismo.



Índice

.....

1. Marco teórico.....	19
1. Estereotipos y roles de género: feminidad, mujer objeto y subordinación	23
2. Insatisfacción corporal y trastornos alimentarios: desórdenes culturales.....	28
2.1. Nivel intrapersonal. Vulnerabilidad individual	31
2.2. Nivel interpersonal. Agentes socialización de pertenencia	33
2.3. Nivel estructural. Agentes de socialización de referencia y Políticas Públicas	35
3. Violencia simbólica: desigualdades naturalizadas por la sociedad e interiorizadas por las mujeres.	40
4. Imagen corporal, violencia simbólica e interseccio- nalidad: opresión Vs. privilegios	43
5. Violencia normalizada: cuerpo no normativo e in- terseccionalidad de peso	49
5.1. Peso corporal y moral	51
5.2. Cultura de la dieta y del estilo de vida saludable	54
5.3. Fracaso de la cultura de la dieta y del estilo de vida saludable.....	59
5.4. Índice de Masa Corporal (IMC) como indica- dor de cuerpo normativo vs. no normativo	62
5.5. Impacto del estigma del peso en la salud fisi- ca, mental y social	66
5.6. El activismo antigordofobia.....	69
6. El papel de la sociedad de consumo en el manteni- miento de los estereotipos de género.....	71
7. Falta de libertad y pirámide de la violencia.....	76
8. Imagen corporal positiva: bienestar social, físico y emocional	81
9. Justicia social y derechos humanos. Una sociedad sin violencia de género estructural	87
2. Metodología	97
1. Objetivo general.....	101
2. Fases del estudio.....	101
3. Fase I. Grupo de discusión profesionales/activistas	102
3.1. Objetivos específicos.....	102

3.2. Contenidos.....	103
3.3. Difusión y captación de la muestra.....	103
3.4. Desarrollo de la sesión.....	106
3.5. Resultados.....	109
3.5.1. El contexto sociocultural y la vulnerabilidad individual.....	109
3.5.2. Necesidad de transformaciones sociales ...	117
4. Fase II. Grupo discusión mujeres jóvenes que padecen o han padecido un trastorno alimentario	125
4.1. Objetivos específicos.....	125
4.2. Contenidos.....	126
4.3. Captación de la muestra.....	126
4.4. Desarrollo sesión.....	127
4.5. Resultados.....	127
4.5.1. El contexto sociocultural y la vulnerabilidad individual.....	128
4.5.2. Necesidad de transformaciones sociales ...	152
5. Fase III. Estudio cuantitativo: encuesta online mujeres jóvenes que padecen o han padecido un trastorno alimentario	157
5.1. Objetivos.....	157
5.2. Elaboración encuesta online.....	158
5.2.1. Datos Sociodemográficos y clínicos	160
5.2.2. Exposición sociomediática: medios de comunicación y redes sociales.....	161
5.2.3. Conciencia sobre las redes sociales	162
5.2.4. Pensamiento crítico hacia los medios de comunicación	162
5.2.5. Interiorización de prejuicios sobre peso ...	163
5.2.6. Comparación corporal	163
5.2.7. Violencias interpersonales vinculadas a estereotipos de género y prejuicios	164
5.2.8. Conciencia sobre situaciones sociales de discriminación de la mujer: peso y raza	164
5.2.9. Opinión sobre la presencia de diversidad corporal en nuestra sociedad.....	164
5.2.10. Opinión sobre la necesidad de transformaciones sociales	165
5.3. Difusión encuesta online y trabajo de campo.	166
5.4. Análisis estadístico	167
5.5. Características sociodemográficas y clínicas de las participantes de la encuesta online	168
5.6. Resultados	175

5.6.1 Exposición sociomediática: medios de comunicación y redes sociales.....	175
5.6.2. Conciencia sobre las redes sociales	184
5.6.3. Pensamiento crítico hacia los medios de comunicación	187
5.6.4. Interiorización de prejuicios sobre peso ...	189
5.6.5. Comparación social.....	190
5.6.6. Violencias interpersonales vinculadas a estereotipos de género y prejuicios	193
5.6.7. Conciencia sobre situaciones sociales de discriminación de la mujer: peso y raza	205
5.6.8. Opinión sobre la presencia de diversidad corporal en nuestra sociedad.....	209
5.6.9. Opinión sobre la necesidad de transformaciones sociales	210
III. CONCLUSIONES	219
1. Grupos de discusión Fase I y II. Grupos de discusión de profesionales/activistas vs. mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario.....	221
1.1. La vulnerabilidad individual y el contexto sociocultural.....	221
1.2. Estigma del peso	223
1.3. Necesidad de transformaciones sociales	225
2. Fase III. Encuesta online de mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario	226
2.1. Diagnóstico de las mujeres jóvenes encuestadas que padecen trastorno alimentario	226
2.2. La vulnerabilidad individual y el contexto sociocultural.....	227
2.3. Necesidad de transformaciones sociales	234
IV. RECOMENDACIONES PARA ABORDAR POLÍTICAS PÚBLICAS Y/O ACTUACIONES FUTURAS.....	239
1. Necesidad de adopción de una perspectiva feminista, interdisciplinar e interseccional.....	242
2. Propuestas de intervenciones.....	245
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	251
VI. LEGISLACIÓN.....	261

Anexo 1	265
PREGUNTAS GRUPOS DE DISCUSIÓN PROFESIONALES	
Anexo 2	273
PROGRAMACIÓN FORO DIGITAL ONLINE	
Anexo 3	277
PREGUNTAS GRUPOS DE DISCUSIÓN MUJERES JÓVENES QUE PADECEN UN TRASTORNO ALIMENTARIO	
Anexo 4	281
PREGUNTAS GRUPOS DE DISCUSIÓN MUJERES JÓVENES QUE HAN PADECIDO UN TRASTORNO ALIMENTARIO	
Anexo 5	285
ENCUESTA ONLINE: MUJERES JÓVENES Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: IMPACTO DE LOS ROLES Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO	

Índice figuras

I. MARCO TEÓRICO	19
Figura I.1. Multicausalidad de los trastornos alimentarios.....	22
Figura I.2. Estereotipos de género	24
Figura I.3. Doble estándar corporal de género	25
Figura I.4. Variables individuales de vulnerabilidad de baja autoestima, insatisfacción corporal y trastornos alimentarios en las mujeres.....	32
Figura I.5. Interseccionalidad e imagen corporal en las mujeres.....	45
Figura I.6. Consecuencias interiorización de los estereotipos corporales de género: cuerpos no normativos y estigma de peso	53
Figura I.7. Determinantes de salud.....	55
Figura I.8. Consecuencias de la cultura de la dieta y estilo vida saludable	61
Figura I.9. Perspectiva sociocultural, género y trastornos alimentarios	72
Figura I.10. Discriminaciones sociales: raíz de violencia simbólica hacia las mujeres.....	75
Figura I.11. Pirámide de la violencia que viven las mujeres...	77
II. METODOLOGÍA	97
Figura II.1. Pasos investigación Fase I. Grupo discusión profesionales/activistas.....	102
Figura II.2. Necesidad de trabajo interdisciplinar y colaborativo	104
Figura II.3. Pasos investigación Fase II. Grupo discusión mujeres jóvenes que padecen o han padecido trastornos alimentarios	125
Figura II.4. Pasos investigación Fase III. Encuesta online mujeres jóvenes que padecen o han padecido trastornos alimentarios	157
Figura II.5. Descripción y causas exclusión encuestas online	167

Índice gráficas

.....

II. METODOLOGÍA	97
Gráfica II.1. Perfiles profesionales/activistas	
Foro Diálogo Digital.....	108
Gráfica II.2. Distribución de la muestra por tipo de población	168
Gráfica II.3. Distribución de la muestra por creencias religiosas	169
Gráfica II.4. Distribución de la muestra por raza	169
Gráfica II.5. Distribución de la muestra por nivel estudios.....	170
Gráfica II.6. Distribución de la muestra por ocupación..	170
Gráfica II.7. Distribución de la muestra por práctica de deporte.....	171
Gráfica II.8. Distribución por diagnóstico en las mujeres con trastorno alimentario actualidad.....	171
Gráfica II.9. Distribución tratamiento mujeres con trastorno alimentario actualidad	172
Gráfica II.10. Distribución de la muestra por momento del trastorno alimentario: actualidad o pasado	172
Gráfica II.11. Distribución de cuerpo normativo y no normativo en función del momento de trastorno alimentario	174
Gráfica II.12. Media de frecuencia de exposición diaria a los medios de comunicación por momento trastorno alimentario	175
Gráfica II.13. Media de frecuencia de exposición diaria a los contenidos de los medios de comunicación por momento trastorno alimentario	176
Gráfica II.14. Distribución uso redes sociales	178
Gráfica II.15. Media de frecuencia de exposición diaria a las redes sociales por momento trastorno alimentario	179
Gráfica II.16. Media de frecuencia de exposición diaria a contenidos de redes sociales por momento trastorno alimentario	181
Gráfica II.17. Media de frecuencia de exposición a polémicas, críticas o discusiones en las redes sociales por momento trastorno alimentario	183

Gráfica II.18. Media de la escala de conciencia de redes sociales y opinión sobre redes sociales por momento trastorno alimentario.....	185
Gráfica II.19. Media de la escala de pensamiento crítico con los medios de comunicación y opinión sobre los medios de comunicación por momento trastorno alimentario	187
Gráfica II.20. Media sobre interiorización prejuicios peso por momento trastorno alimentario.....	189
Gráfica II.21. Media sobre comparación social por momento trastorno alimentario.....	191
Gráfica II.22. Distribución de la presencia de infravaloración familia	193
Gráfica II.23. Media sobre la infravaloración de la familia por momento trastorno alimentario	193
Gráfica II.24. Distribución de la presencia de infravaloración pareja	195
Gráfica II.25. Media sobre la infravaloración de la pareja por momento trastorno alimentario.....	195
Gráfica II.26. Distribución de la presencia de infravaloración compañeros/as.....	197
Gráfica II.27. Media sobre la infravaloración de los/as compañeros/as de trabajo/estudios por momento trastorno alimentario	197
Gráfica II.28. Distribución de la presencia de infravaloración personal médico	199
Gráfica II.29. Media sobre la infravaloración del personal médico por momento trastorno alimentario .	199
Gráfica II.30. Distribución de la presencia de infravaloración profesorado	201
Gráfica II.31. Media sobre la infravaloración del profesorado por momento trastorno alimentario	201
Gráfica II.32. Distribución de la presencia de infravaloración redes sociales	203
Gráfica II.33. Media sobre la infravaloración en las redes sociales por momento trastorno alimentario ...	204
Gráfica II.34. Media sobre percepción de discriminaciones sociales hacia las mujeres en función de su peso y por momento trastorno alimentario	206
Gráfica II.35. Media sobre discriminaciones sociales hacia las mujeres en función de su origen étnico por momento trastorno alimentario	208

Gráfica II.36. Media sobre iniciativas de diversidad corporal de mujeres en diferentes entornos por momento trastorno alimentario.....	209
Gráfica II.37. Distribución contenidos de intervenciones sociales que favorezcan la relación de las mujeres con sus cuerpos y autoestima por momento trastorno alimentario.....	211
Gráfica II.38. Distribución de intervenciones sociales en diferentes sectores profesionales por momento trastorno alimentario	211
Gráfica II.39. Distribución necesidad de medidas de regulación por momento trastorno alimentario ..	213
Gráfica II.40. Distribución sobre la necesidad de regulación de industrias por momento trastorno alimentario	213
Gráfica II.41. Distribución sobre la necesidad de educación a las mujeres con perspectiva feminista por momento trastorno alimentario	214
Gráfica II.42. Distribución sobre necesidad de contenidos a abordar por momento trastorno alimentario (I).....	215
Gráfica II.43. Distribución sobre necesidad de contenidos a abordar por momento trastorno alimentario (II).....	215

Índice tablas



I. MARCO TEÓRICO

Tabla I.1. IMC y cuerpos normativos vs. no normativos en función de criterios de la salud y sociales	64
--	----

II. METODOLOGÍA

Tabla II.1. Ámbito de trabajo de profesionales/ activistas que participaron en Foro Diálogo Digital ..	108
--	-----

Tabla II.2. Participantes a las cuatro sesiones grupos discusión mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario en función de que presentarían cuerpos normativos o no normativos para la variable IMC	127
---	-----

Tabla II.3. T-student de las variables de evolución del trastorno alimentario en función del momento de trastorno alimentario para mujeres con cuerpo normativo y no normativo.....	173
---	-----

Tabla II.4. T-student del IMC en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario.....	174
--	-----

Tabla II.5. T-student de las variables de frecuencia de exposición medios de comunicación diaria en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario.....	176
---	-----

Tabla II.6. T-student de las variables de frecuencia exposición diaria a contenidos de medios de comunicación en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario	178
---	-----

Tabla II.7. T-student de las variables de frecuencia exposición diaria a redes sociales diaria en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario	180
--	-----

Tabla II.8. T-student de las variables de frecuencia exposición diaria a contenidos de redes sociales en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario.	182
--	-----

Tabla II.9. T-student de las variables de exposición a contenidos de polémicas o críticas en redes sociales en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario.	184
--	-----

Tabla II.10. T-student de las variables de escala conciencia redes sociales y opinión sobre redes sociales en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario	186
Tabla II.11. T-student de las variables de escala pensamiento crítico hacia los medios de comunicación y opinión sobre medios de comunicación en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario.	188
Tabla II.12. T-student de las variables de interiorización de los prejuicios sobre el peso en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario	190
Tabla II.13. T-student de las variables de escala de comparación social con grupo iguales y comparaciones sociales ascendentes en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario	192
Tabla II.14. T-student de las variables de infravaloración en la familia en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario	194
Tabla II.15. T-student de las variables de infravaloración en la pareja en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario	196
Tabla II.16. T-student de las variables de infravaloración de compañeros/as de trabajo o estudio en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario.	198
Tabla II.17. T-student de las variables de infravaloración del personal médico en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario.....	200
Tabla II.18. T-student de las variables de infravaloración del profesorado en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario.....	202
Tabla II.19. T-student de las variables de infravaloración vivada en las redes sociales en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario	205

Tabla II.20. T-student de las variables de las percepciones que sufren las mujeres por su peso en diferentes entornos en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario.....	207
Tabla II.21. T-student de las variables de las discriminaciones que sufren las mujeres por su origen étnico en diferentes entornos en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario	208
Tabla II.22. T-student de las variables de las percepciones sobre iniciativas de diversidad corporal de las mujeres en diferentes entornos en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario	210
Tabla II.23. X^2 y distribución sobre la necesidad de llevar a cabo intervenciones en entornos de salud en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario.	212
Tabla II.24. X^2 y distribución sobre la necesidad de llevar a cabo intervenciones en redes sociales en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario.	212
Tabla II.25. X^2 y distribución sobre la necesidad de abordar determinados contenidos en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario.....	216

Marco teórico

1

Durante los últimos años, la pandemia de COVID 19 ha supuesto una serie de importantes cambios en nuestras vidas, como la reducción del contacto social, el incremento del uso de las redes sociales, la disminución de la atención sanitaria, así como un mayor miedo e incertidumbre en las economías familiares. Todos estos factores se relacionan con un repunte de los casos de trastornos alimentarios en las mujeres jóvenes y con el agravamiento de su sintomatología asociada: la ansiedad y la depresión.

Según la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, se estima que, en nuestro país, aproximadamente entre el 4,1% y el 6,4% de las mujeres desarrollan anualmente alguno de los cuadros incluidos en los trastornos alimentarios. Un estudio de revisión de ámbito internacional ha constatado que el número de casos de trastornos alimentarios se ha duplicado en los últimos 18 años, pasando de una prevalencia del 3,4% de la población al 7,8% entre 2000 y 2018 (Galmiche, Déchelotte, Lamber y Tavolacci, 2019). Sin embargo, estas cifras podrían ser mayores porque los trastornos alimentarios están infradiagnosticados: es frecuente la falta de tratamiento debido a la dificultad de acceso al sistema público de salud, así como la falta de aceptación o conciencia de la enfermedad por parte de la paciente. Todos estos datos hacen que el conjunto de los trastornos alimentarios esté despertando una gran alarma social.

Otro dato preocupante es que los trastornos alimentarios se están iniciando a edades cada vez más tempranas. La mayoría de los casos diagnosticados continúan produciéndose durante la adolescencia y son infrecuentes los casos que se inician en la edad adulta. López-Gil, García-Hermoso, Smith et al. (2023), en un trabajo de metaanálisis internacional, encuentran que más de uno de cada cinco adolescentes muestra signos de trastorno alimentario: el 30 % de las mujeres frente al 17 % de hombres. A su vez, la presencia de los trastornos alimentarios en jóvenes se relaciona con enfermedades mentales en la edad adulta como la ansiedad, la depresión, el abuso de drogas y comportamientos autolesivos (Micali, Solmi, Horton et al., 2015). Finalmente, cabe apuntar que los trastornos alimentarios son las enfermedades mentales con mayor cronificación y mortalidad, con el suicidio como una de las causas más prevalentes de mortalidad (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007).

Las causas por las que se puede llegar a padecer un trastorno alimentario son múltiples y son fruto de la interacción de factores fisiológicos o biológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales, así como de experiencias que puedan disparar la insatisfacción corporal y baja autoestima previa al trastorno alimentario (Figura I.1.). La presencia de insatisfacción corporal y baja autoestima es mayor en las mujeres debido al proceso de socialización que vivimos. Esto hace que no sea casualidad que se produzca una cifra desequilibrada de casos de trastornos alimentarios en las mujeres: proporción de nueve casos de mujeres frente a un caso de hombres.



Toro (2013) apunta que “hay datos indicativos de que alrededor del 85% de los actuales trastornos alimentarios no llegarían a producirse sin la práctica previa de restricciones alimentarias. Se trata de dietas hipocalóricas decididas voluntariamente, consecuencia siempre de insatisfacción corporal o, en algunos casos, de la búsqueda de mayor satisfacción. De todos los factores que intervienen en la génesis de los trastornos alimentarios, los más relevantes son los genéticos puesto que explican la mayor parte de la vulnerabilidad, alrededor del 65%. Sin embargo, tales factores no son responsables de la toma de decisión de perder peso. Esta decisión siempre es consecuencia de la persecución de un modelo estético corporal ideal, suficientemente interiorizado, originado en el sistema de valores de la cultura actual, postmoderna, occidental y occidentalizada, vigente en las comunidades desarrolladas económicamente” (en Prólogo de Calado y Lameiras, 2013; p. 11)

Las diferencias de género observadas ponen de manifiesto el importante rol que desempeñan la cultura y la sociedad: las influencias socioculturales, vinculadas al proceso de socialización de hombres y mujeres, son cruciales en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios. Por tanto, para comprender mejor estos trastornos, es preciso reflexionar sobre cuáles son y cómo influyen los estereotipos de género de mujeres y hombres en la formación de la imagen corporal y la autoestima: elementos centrales en los trastornos alimentarios.

1. Estereotipos y roles de género: feminidad, mujer objeto y subordinación

“A las mujeres se las socializa igual que a los hombres para creer en el pensamiento y en los valores sexistas. La única diferencia es que los hombres se benefician del sexismo más que las mujeres y, como consecuencia, es menos probable que quieran renunciar al privilegio patriarcal. Antes de que las mujeres pudiéramos cambiar el patriarcado, teníamos que cambiarnos a nosotras mismas, teníamos que tomar conciencia”.

bell hooks (2000). *El feminismo es para todo el mundo*

Nos encontramos con una realidad socialmente construida (naturalizada) e interiorizada por las personas que integran una cultura. Los estereotipos de género que se transmiten resultan fundamentales en el proceso de socialización de hombres y mujeres porque nos aportan el conjunto de creencias compartidas, en función del género, sobre las características, los roles y las relaciones que ambos géneros deben mantener entre sí. Una serie de ideas preconcebidas sin ninguna base científica que llegan a influir en la conducta de las personas y condicionan la forma de ser o de vivir. Fiske y Stevens (1993) clasifican los estereotipos de género en prescriptivos y descriptivos (Figura I.2.):

- **Estereotipos descriptivos:** establecen las características que describen a cada género. Se determina cómo deben ser las características intelectuales, de personalidad y corporales de hombres y mujeres.
- **Estereotipos prescriptivos:** establecen las conductas o roles en función del género. La existencia de roles o pape-

les diferenciados para cada género (estereotipos prescriptivos) es la consecuencia natural de asumir la existencia de características psicológicas diferentes para cada género (estereotipos descriptivos).

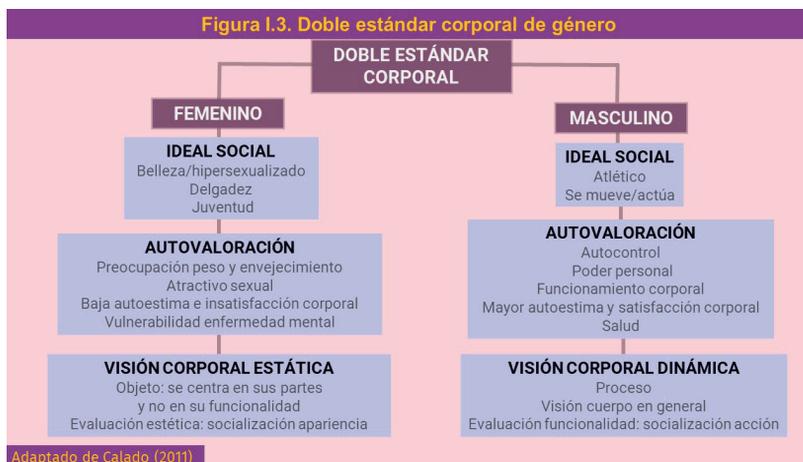


Los estereotipos de género prescriben posiciones muy diferentes para mujeres y hombres: la sociedad se polariza en función del género y un amplio rango de información se organiza en función del género. Los roles de género tradicionales en nuestra sociedad patriarcal sitúan a los hombres en la esfera pública y a las mujeres en la esfera privada. Esta supuesta complementariedad de papeles implica, en la práctica, una desigualdad social y política con una jerarquización de los géneros, en la que lo femenino es inferior a lo masculino.

Dicha subordinación de la mujer se puede observar en muchas esferas de la vida. Así, Calado (2011) apunta que el papel de los estereotipos de género descriptivos sobre el cuerpo de hombres y mujeres son centrales en la formación de la imagen corporal (Figura I.3). Se representa a las mujeres como objetos definiéndolas en función de su atractivo; y a los hombres como sujetos que actúan en un mayor rango de acciones-actividades y roles instrumentales.

- Las mujeres se centran, en mayor medida, en el papel de su cuerpo como un objeto y se valoran en función de su aspecto físico, que debe ser bello, hipersexualizado, joven y delgado.

- Los hombres se centran más en las características de su cuerpo vinculadas a su funcionamiento. Su cuerpo ideal es musculoso y se cultiva a través del ejercicio físico.



Chollet (2012) apunta que la femineidad tradicional de mujer objeto puede hacer desaparecer a una mujer, eclipsando su individualidad y personalidad. Esta femineidad estática se promueve como una actitud, una manera de ser totalmente modelada en función de la mirada y de lo que esperan las demás personas. Así, frente a la imagen débil y frágil de la delgadez femenina, se afianza la imagen fuerte y vigorosa del cuerpo masculino. Frente al cuerpo atlético y saludable del hombre, se arrastra a la mujer a un cuerpo con mayor vulnerabilidad a la enfermedad mental.

A esto hay que sumar que la valoración que hacen las mujeres de sí mismas se relaciona con su satisfacción corporal, mientras que en los hombres no resulta una variable relevante en su autovaloración (Calado, 2011):

- Esta vinculación entre cuerpo y autoestima en las mujeres lleva a que dejen de lado otros aspectos personales (habilidades intelectuales, atléticas, artísticas, sociales o emocionales), poniendo su autoestima en función del atractivo físico autopercebido.
- Los hombres centran su reconocimiento y autovaloración en variables de autocontrol, poder personal, competencia y funcionamiento corporal (visión dinámica del cuerpo).

Dando un paso más, Calado (2010a) recoge cómo, en nuestra sociedad, se produce una representación distorsionada e irreal del cuerpo de las mujeres. Las imágenes que se representan en nuestra cultura transmiten los significados que reflejan la ideología dominante, relegando a un segundo plano aquellas representaciones que se escapan al estereotipo corporal de mujeres (invisibilizando otros cuerpos de mujeres). Esta representación corporal idealizada choca con la de las mujeres reales que tienen caderas y hombros, con formas redondeadas o con curvas, lo que hace que la naturaleza del cuerpo de las mujeres se separe del ideal irreal e inalcanzable que se presenta en la sociedad. El ideal de belleza ha impuesto un cuerpo excesivamente delgado, siempre joven e hipersexualizado.

Este modelo de lo que supone ser hombres y mujeres en nuestra sociedad es aprendido a través de nuestra socialización con los agentes sociales de referencia (medios de comunicación, redes sociales o industria audiovisual) y de pertenencia (familia o grupo de iguales), y cambia según la cultura y el momento histórico. La representación repetida de estos ideales corporales induce a generar el espejismo de que la imagen corporal es atemporal y estática, a pesar de que la imagen de la mujer se ha modificado a lo largo de la historia. Diariamente, las mujeres conviven con representaciones sexistas que muestran la asimetría en función del género. Sin embargo, estas imágenes sutiles no suelen ser objeto de reflexión ni de comportamientos críticos ni individuales ni sociales. Se viven con normalidad (naturalizan socialmente) y se asumen (interiorizan individualmente).

Los medios de comunicación, las redes sociales, la industria audiovisual (música, cine o videojuegos) o la publicidad sexista representan esta imagen ideal homogénea e irreal, lo que motiva que muchas mujeres se sientan mal con su cuerpo y su forma corporal cuando asumen que este cuerpo ideal se puede llegar a alcanzar, y que solamente así serán unas mujeres exitosas. En esta línea, Aránguez (2019) pone de relevancia que la repetición cotidiana de estos mensajes por las distintas fuentes de socialización genera la apariencia de que las cosas se hacen por deseo e incluso por una propensión innata. Las mujeres llegan a considerar sus rasgos físicos sexualmente atractivos como seña de identidad, de modo que se valoran en

relación con unos parámetros culturales que giran en torno a la apetencia sexual de los hombres. Las mujeres se perciben a sí mismas con ojos de hombre. En cambio, los hombres se perciben a sí mismos y sus vidas con sus propios ojos.

Otra forma de cosificar el cuerpo de las mujeres es a través de la fragmentación: centrándose en cada parte del cuerpo por separado (nalgas, barriga o pecho). Sobre la fragmentación de la mujer, Chollet (2012) apunta que “la importancia que las clientas de cirugía estética le atribuyen al aspecto de sus pechos, de su vientre, de su nariz o de sus muslos sugiere que, en su mente cada parte de su propio cuerpo se ha vuelto autónoma. Se ven a sí mismas como un simple ensamblaje de diferentes partes, inconexas entre sí; y cada una de estas partes es perfecta, so pena de arruinar el valor del conjunto. [...] Nos recuerdan al monstruo hecho de piezas de distinta procedencia que crea el doctor Frankenstein en la novela escrita por Mary Shelley en 1816. [...] Donde solo existen seres por agregación, no hay seres siquiera reales” (p. 192).

Esta doble socialización en función del género tiene sus consecuencias: una autovaloración de la imagen corporal más negativa en las mujeres y más positiva en los hombres (Calado, 2011). Todo este caldo de cultivo hace que existan desigualdades entre mujeres y hombres en la autoestima, la imagen corporal y la alimentación:

- Con mayor frecuencia las mujeres tratan su cuerpo como un objeto.
- Con mayor frecuencia, las mujeres tratan de agradar a los/as demás y ser aceptadas por su aspecto físico.
- Se da en las mujeres una pérdida de salud, energía, tiempo y dinero, persiguiendo el cuerpo/ peso ideal.
- La autoestima de las mujeres está regulada por un criterio externo: la aceptación social vinculada a su atractivo físico.
- Las consecuencias de tratarse a una misma como un objeto son la baja autoestima, el incremento de la autocrítica, la insatisfacción corporal, los desórdenes alimentarios, los trastornos alimentarios, la ansiedad o la depresión.

- Cuando las mujeres padecen un trastorno alimentario, no tratan a su cuerpo como un organismo que hay que cuidar y alimentar.
- El proyecto central de las mujeres que sufren trastornos alimentarios es conseguir el cuerpo ideal, arrasando con otros proyectos y metas, y limitando su día a día.
- En entornos sociales de pertenencia se felicita a las mujeres por lograr la delgadez con más entusiasmo que celebrar sus éxitos personales.

2. Insatisfacción corporal y trastornos alimentarios: desórdenes culturales

“Las consecuencias emocionales de vivir en una cultura machista y violenta permean las experiencias de las mujeres y se asocian con una mayor prevalencia de diversos diagnósticos de salud mental, entre los que se encuentran los trastornos alimentarios”.

Nerea de Ugarte (2022). *La dictadura del amor propio.*

En los diferentes momentos históricos y las diversas culturas emergen diferentes malestares consecuencia de los conocimientos científicos, valores, prejuicios y creencias vigentes socialmente. Hoy en día, en las sociedades occidentales están presentes, en las mujeres, diversas alteraciones de la imagen corporal, la alimentación y el peso.

Hasta el momento, las investigaciones se han centrado, fundamentalmente, en el estudio de los diferentes tipos de trastornos alimentarios. En dichos estudios, la presión por la consecución del ideal de delgadez se relaciona con la presencia de los trastornos alimentarios que aparecen recogidos en las clasificaciones especializadas de los manuales diagnósticos de los trastornos mentales (DSM- V TR, APA, 2022). Los más representativos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Se trata, en no pocos casos, de trastornos mentales que acarrearán una alta cronicidad y mortalidad dentro de las enfermedades psiquiátricas que comienzan en la adolescencia. De hecho, los trastornos alimentarios se pueden considerar, en estos momentos, uno de los problemas más importan-

tes que afectan a las adolescentes de nuestro país. Entre otros factores, debido al incremento de casos durante los últimos años y a la dificultad de su diagnóstico.

Las clasificaciones actuales de los trastornos alimentarios presentan una serie de limitaciones (Calado y Lameiras, 2014):

- No permiten distinguir los grados de gravedad, no tienen cabida los casos subclínicos y no se acomodan al cambio que se puede dar de diagnóstico a lo largo del ciclo vital.
- Otra crítica aplicada a todas las versiones del DSM de la APA es que, clínicamente, se centran exclusivamente en el cuerpo, los síntomas representan los signos patológicos y no un malestar o desequilibrio inscritos en una trayectoria biográfica, obviando los factores psicosociales y limitando el trabajo en investigación.

Se produce una ambivalencia entre lo normal y lo patológico donde el/la profesional de la salud actúa como un/a empresario/a moral de la sociedad que decide qué es normalidad y qué es preciso corregir (Gil, 2006). Por otro lado, Wilfley et al. (2007) apuntan que las perspectivas categoriales (de los manuales diagnósticos) y dimensional (en función del malestar) no son necesariamente incompatibles. De esta forma, el modelo categórico del DSM puede resultar útil en la rutina clínica, aportando información sobre la presentación habitual, la posible respuesta al tratamiento y el pronóstico.

Las simplificaciones pueden acarrear un desconcierto en aquellas personas que padecen estas enfermedades y que no se ajustan a los diagnósticos menos frecuentes y socialmente más difundidos: anorexia y bulimia nerviosas. Visibilizar solo estas enfermedades puede hacer que se genere la ilusión social de que, si las pacientes no cumplen los criterios diagnósticos para una de estas dos patologías, quizás su estado no sea tan grave o puede que no padezca un trastorno alimentario. Sin duda, este pensamiento se refuta en la práctica clínica cuando se observa cómo la mayoría de los casos no presentan todos los criterios diagnósticos, pero presentan igual sufrimiento. Por tanto, parece que la necesidad de clasificar y po-

ner nombre a todo puede acabar por hacer que socialmente se produzca un pensamiento dicotómico enormemente limitante y dañino socialmente.

Para la identificación de los factores de riesgo, resultaría de más utilidad una perspectiva de malestar social. En esta línea, López-Guimerá y Sánchez-Carracedo (2010) llevan a cabo un análisis en el que asumen la existencia de factores vinculados con la biología en el desarrollo de estas patologías, pero también consideran que, sin las influencias socioculturales actuales, es muy probable que este tipo de vulnerabilidad biológica no se manifestara a través de estas enfermedades. Para ello, elaboran un listado de factores de riesgo específicos e inespecíficos en el espectro de las alteraciones alimentarias y del peso:

- **Factores de riesgo inespecíficos:** serían aquellos que no son exclusivos de este tipo de enfermedades. Dentro de estos, apuntan el perfeccionismo, la baja autoestima y el afecto negativo.
- **Factores de riesgo específicos:** serían aquellos que se dan en estas enfermedades, tales como la presión sociocultural de delgadez, la interiorización del ideal corporal de delgadez, las preocupaciones por el peso, el seguimiento de dietas restrictivas, la insatisfacción corporal, el sobrepeso, así como las burlas por el peso o el aspecto físico de los pares.

Por tanto, las condiciones socioculturales, influyen, en gran medida, en detonar los factores de riesgo específicos e inespecíficos presentes en los trastornos alimentarios. Así, se puede explicar la desigualdad entre los hombres y las mujeres en los problemas relacionados con la salud mental vinculados a la imagen corporal a través de la subordinación que viven las mujeres en la sociedad patriarcal actual. A pesar de las conquistas logradas por las mujeres del mundo occidental, estas continúan siendo una clase oprimida. Si bien se ha mejorado y se ven cada vez más mujeres con profesiones en la esfera pública (políticas, artistas, científicas), continúan las desigualdades y, estadísticamente, se ve cómo las mujeres siguen siendo minoría en dichos ámbitos profesionales y con numerosas limitaciones en el desarrollo e igualdad salarial en sus carreras profesionales. Incluso cuando se habla de muje-

res con un reconocido rol profesional, no se hace en función de su trabajo, sino que continúa juzgándolas sobre su aspecto físico. Así, cuando se las quiere desacreditar, no se las desacredita por su trabajo (por su condición de mujer sujeto), sino por su aspecto físico (por su condición de mujer objeto).

Calado (2011) ya argumentaba que la adopción de una perspectiva médica salud-enfermedad resulta reduccionista, siendo más útil adoptar una perspectiva de malestar con diferencias en función del género. Pasar de una visión individual a una poblacional permite reclamar transformaciones sociales que propicien un cambio en el malestar psicológico relacionado con la imagen corporal de las mujeres de nuestra sociedad. Llevar a cabo un análisis completo desde esta perspectiva de la insatisfacción corporal de las mujeres requiere de tres niveles:

- **Intrapersonal:** factores de vulnerabilidad individual que predisponen a las mujeres a que le afecten más los estereotipos de género.
- **Interpersonal:** situaciones vividas a través de los agentes sociales de pertenencia. Burlas, acoso y discriminación relacionadas con la imagen corporal por parte del grupo de iguales, familia, así como entornos educativos, médicos o laborales.
- **Estructural:** papel de los agentes sociales de referencia. Medios de comunicación (analógicos y digitales), redes sociales, industria audiovisual (música, cine o videojuegos), publicidad sexista, moda, industria alimentaria o industria farmacéutica. Pero también políticas, leyes o normas que se desarrollan para disminuir las influencias de dichos agentes de socialización de referencia en la insatisfacción corporal de las mujeres.

2.1. Nivel intrapersonal. Vulnerabilidad individual

La mayoría de las mujeres de nuestra sociedad están expuestas a las influencias socioculturales y presentan insatisfacción corporal normativa, pero no todas desarrollan trastornos alimentarios. Las actitudes, creencias y valores que se transmiten a través de los modelos sociales representados requieren que estén presentes otros procesos psicológicos, que hacen más vulnerables a determinados individuos de la sociedad

occidental frente a otros. Por tanto, cabe preguntarse cómo influyen los estereotipos de género sobre cada individuo. La teoría y la investigación llevan décadas tratando de descifrar las condiciones que determinan la influencia de estos estereotipos de género sobre las mujeres y cuáles resultan más dañinos.

Calado (2011) apunta que el modo en que pueden afectar las presiones culturales depende de factores de vulnerabilidad individual, tales como la autoestima, la satisfacción corporal, la interiorización de los ideales culturales, la objetivación corporal y/o la comparación social (Figura I.4). Así, las mujeres se tratan a sí mismas como objetos: se llevan a cabo comparaciones sociales en las que surgen discrepancias entre el cuerpo real de una misma frente a la imagen ideal bella interiorizada (ser consciente del estándar y considerar que llevar a cabo ese estándar es importante). Así, cuando el resultado de la comparación no se ajusta al cuerpo irreal de delgadez, se pueden producir conductas restrictivas en la alimentación para tratar de estar dentro de estos parámetros corporales asociados al éxito. Adelgazar se ha convertido en metáfora del éxito y engordar, del fracaso. En esta línea, Harrison y Cantor (1997) apuntan que la presencia de estereotipos corporales de género femeninos hace que las mujeres interioricen los ideales corporales. Esto conlleva la comparación con esas imágenes, la creación de construcciones mentales distorsionadas, así como la insatisfacción con sus propios cuerpos y, en algunos casos, incluso la aparición de sintomatología relacionada con trastornos alimentarios.



Si bien es necesario este punto de partida para entender quiénes son las mujeres más vulnerables a las influencias socioculturales y para entender cómo abordar la prevención y el tratamiento, no hay que perder de vista que quedarnos solo en este acercamiento intrapersonal psicologicista resulta insuficiente. De hecho, Marcela Lagarde (2020) critica el voluntarismo psicologicista asociado con tratamientos individuales de patologías en las que está presente la baja autoestima en las mujeres. El tratamiento desde este punto de vista consiste en métodos terapéuticos o de autoconsumo para mejorar la autoestima individualmente, tratando de cambiar hábitos, formas de hacer las cosas, actitudes y comportamientos para adaptar a las mujeres al sentido conservador de modernidad: ocuparse de sí mismas para tener éxito según los valores hegemónicos y para sentirse dichosas con ese sentido de realización personal. Se trata de una experiencia intrínseca e ideológica basada en la voluntad, con el control total de la vida y con frases como “Cree en ti”. Este punto de vista es universal, por lo que no hace distinciones entre mujeres y hombres, no se reconoce la diferencia sexual ni el papel que el género tiene en la vida de los seres humanos. La autoestima, desde este punto de vista, acepta la servidumbre familiar, laboral o conyugal, con una visión despolitizada que fomenta el conformismo.

En términos de salud mental, se atribuye a la voluntad individual la carga de toda una estructura social. En esta línea, Padilla y Carmona (2022) recogen cómo, en las consultas de salud mental, concurre una mezcla de situaciones: por un lado, lo individual (lo que le acontece el sujeto) y, por otro lado, una válvula por donde sale la presión insoportable de vivir en sociedad. El malestar social excede la labor de los/as profesionales de la salud mental y subrayan que es preciso cambiar la estructura social.

2.2. Nivel interpersonal. Agentes de socialización de pertenencia

En el nivel interpersonal nos encontramos con aquellas situaciones de burlas, acoso y discriminación relacionadas con la imagen corporal por parte del grupo de iguales, de familia, así como de entornos educativos, médicos o laborales, que son vividas con mucha frecuencia por las mujeres de nuestra sociedad. De hecho, vivimos en una sociedad en la que está

totalmente normalizado hablar del cuerpo de las mujeres: **el cuerpo de las mujeres está en constante juicio.**

El “descontento normativo” empieza a interiorizarse ya en los primeros años de la infancia y, en el caso de las chicas, se incrementa en la adolescencia (Calado, 2011). Durante estos periodos del ciclo vital, las mujeres viven distintas situaciones en las que se naturaliza hablar de sus cuerpos. La mayor objetivación de los cuerpos de las mujeres contribuye a que sean ellas quienes reciben un mayor número de mensajes a través de los diferentes agentes socioculturales de pertenencia sobre pérdida de peso y atractivo físico para alcanzar un cuerpo extremadamente delgado:

- **Burlas y críticas en la adolescencia** por parte del grupo de iguales o incluso de la familia. Se trata de un momento vital clave para las mujeres de nuestra sociedad, dado que es cuando se producen cambios corporales en los cuerpos de las mujeres que son vividos con vergüenza, son señalados y provocan comentarios que influyen en su valor como personas.
- **Visión dicotómica:** cuerpo no normativo en función del peso (cuerpos más grandes) vs. enfermedad, cuerpo normativo en función del peso vs. estilo de vida saludable. Estos mensajes calan en gremios tan importantes como el de los/as profesionales de la salud, entre quienes se ha creado la asociación entre cuerpo delgado y salud, así como el control del cuerpo por parte de las/os pacientes mediante dietas y ejercicio físico.
- **No se educa en el pensamiento crítico.** No se enseña a ser crítica con el ideal corporal socialmente impuesto. Esto hace que se acepten como ciertos los comentarios de la familia y del grupo de iguales sobre lo estético, asumiendo como válidos e importantes los juicios sobre el cuerpo de las mujeres.

Por otro lado, los mensajes sobre hablar del cuerpo en general y del peso en particular que reciben las mujeres pueden llegar a darse también en otros entornos que deberían ser seguros. Sánchez Carracedo (2022) pone como ejemplo la presencia del estigma del peso en las campañas de prevención de la obesidad en centros escolares, partiendo de una

premisa tan dura como la asunción de que el estigma y la culpa motivan a perder peso. Este enfoque resulta contraproducente porque los prejuicios y estigmatización, especialmente cuando son interiorizados por el individuo, más que motivar al cambio, pueden impactar negativamente en la salud física y psicosocial de las personas que los sufren y deteriorar su calidad de vida. Finalmente, hay que incidir en el impacto negativo de la presencia del estigma del peso en las consultas médicas.

Calado (2011) apunta que las críticas al peso no son inocuas, dado que generan:

- Aumento de peso después de las dietas restrictivas.
- Trastornos afectivos y desórdenes alimentarios.
- Evitación de la actividad física.
- Disminución de la percepción de autoeficacia para conseguir llevar a cabo un estilo de vida saludable.
- Evitación de las consultas médicas para mejorar la salud.

2.3. Nivel estructural. Agentes de socialización de referencia y Políticas Públicas

En este nivel, cobra importancia el papel de los agentes sociales de referencia. Los medios de comunicación (analógicos y digitales), las redes sociales, la industria audiovisual (música, cine o videojuegos) o la publicidad sexista. Desde dichos canales se favorece la asunción de las diferencias estructurales de género y se prepara a las mujeres para normalizar la inferioridad, asumir la desigualdad y el maltrato que implica ser mujer en una sociedad patriarcal. Boschiero (2013) considera que las mujeres sufren uno de los maltratos más sutiles relacionado con la imagen de la belleza femenina que difunden los medios de comunicación, poniendo el aspecto físico en el centro de la identidad de una mujer y obligándola a cánones muy estrictos.

Dentro de los factores socioculturales, estos agentes sociales de referencia se erigen como portavoces, ya que presentan diversas ventajas como agentes de socialización, transmitien-

do los estereotipos de género, principalmente, sobre la imagen corporal de las mujeres: son unidireccionales, impersonales, heterogéneos y baratos (Calado, 2011). En definitiva, se introducen fácilmente en el ámbito privado y la legislación no está resultando efectiva para su regulación. Dichos agentes de socialización de referencia presentan, por tanto, una poderosa red de influencias que contrarresta, complementa, potencia o anula la influencia de los agentes socializadores de pertenencia a través de la exposición selectiva y repetida de contenidos e imágenes corporales ideales de las mujeres.

Cada vez es mayor la presión social que se ejerce para alcanzar los ideales corporales asociados al éxito en las mujeres. Dichas presiones sociales pueden ser las responsables de que, con mayor frecuencia, se presenten diversas enfermedades que tienen en común la alteración de la imagen corporal, en la que la insatisfacción con el cuerpo desempeña un papel central. Sobre esta cuestión, Sepúlveda y Calado (2012) describen la homogeneización del ideal de belleza de las mujeres enmarcado en un proceso de globalización, en el que los medios de comunicación asumen el papel de agentes de referencia, principalmente a través de las imágenes, de las relaciones sociales de poder y de las ideologías dominantes.

Los medios de comunicación, pero también las redes sociales y la industria audiovisual (cine, música y videojuegos), desempeñan un papel crucial como medios de difusión de los estereotipos de género y, en particular, de los ideales corporales de las mujeres. Gutiérrez y Ubani (2023) apuntan que el contenido audiovisual (noticias, publicidad y ficción) impacta en las mujeres debido a su cosificación y sexualización. Dichos estereotipos y roles con los que se representa a las mujeres son fuentes de discriminación y violencia de género. Lo digital tiene un alcance más inmediato y amplio porque:

- El consumo de los vídeos musicales y otros contenidos digitales entre menores está en aumento.
- Los videos musicales influyen en la normalización de la violencia de género y los estereotipos de género en las niñas y los niños.

A esto se suma que las representaciones que no encajan en los estereotipos suelen ser ignoradas o minimizadas. En

este sentido, Yolanda Domínguez (2020; p. 60) afirma que “la consecuencia directa de tener un imaginario basado en una única perspectiva es una cultura pobre e incompleta que no ofrece alternativas a las personas a la hora de construir su identidad y relacionarse con los demás. Seguimos repitiendo pautas del pasado porque resulta más cómodo repetir las pautas de un modelo que ya viene dado a tener que pensar, cuestionar o incluso construir uno nuevo”.

Tampoco hay que perder de vista que estos agentes de socialización de referencia ejercen su influencia, directa e indirectamente, sobre los valores de la imagen corporal para hombres y mujeres, de los diferentes grupos de socialización de pertenencia (familia, escuela, pares), quienes se encargan de generar, en primer lugar, el espacio en el que se crean los valores de referencia, en general, y, en particular, en relación al cuerpo y sus atributos, transmitiendo mensajes simultáneamente a un elevadísimo número de personas de diferentes grupos sociales y edades.

A lo largo de los siglos, no se observa que haya habido cambios en el trato a las mujeres como un objeto y que la belleza sea un atributo femenino. Pero, en las obras de arte de otros momentos históricos, nos encontrábamos con imágenes de mujeres carnales y reales. Sin embargo, las figuras de mujeres ideales que se presentan en los medios de comunicación, redes sociales o industria audiovisual no siempre son las más deseables, y se puede llegar a sobrevalorar lo insólito, la perfección, lo artificial, lo infrecuente y lo irreal. Y, además, las imágenes que se transmiten resultan irreales debido a las diversas técnicas de manipulación (p. ej., Photoshop y filtros de redes sociales).

En las últimas décadas, pasamos del mundo analógico al digital, donde ya no hay entornos seguros. Pensemos en el acoso escolar de las chicas adolescentes, normalmente vinculado con la imagen corporal, casi siempre con su aspecto físico. En estos momentos, ni sus casas resultan ya entornos seguros, porque las redes sociales también están ahí presentes una vez finalizado el horario escolar. A esto hay que sumar que nos encontramos con una enorme falta de regulación en el entorno de las redes sociales.

A continuación, se detallan algunos ejemplos preocupantes y vinculados a la representación de las mujeres por parte de los agentes de socialización de referencia en la sociedad actual:

- Martín Barranco (2023) plantea que no se tienen en cuenta los discursos de las mujeres como voces de autoridad, considerando a las mujeres como una voz de parte. Cuando los hombres hablan, su opinión representa la opinión neutra, la objetiva. Se presupone que no tiene sesgo porque es masculina. Sin embargo, las mujeres no opinan como seres humanos, sino como mujeres, con lo cual se reduce la legitimidad a un punto de vista subjetivo.
- Los ataques a las mujeres con presencia pública, normalmente vinculados a discursos de odio y organizados colectivamente por parte de la manofera (Bates, 2020; García Mingo y Díaz, 2022), tienen sus consecuencias en las sociedades democráticas. “El resultado del silenciamiento de mujeres con voz pública en el territorio digital, en particular en el ámbito de las redes sociales, supone una jubilación del ágora principal de la discusión política actual y formación de agenda pública, con la consecuente reducción de miradas, empobrecimiento del debate social y calidad de la democracia.” (Beck, Alcaraz y Rodríguez, 2022, p. 45).
- Mujeres influencers. Por un lado, se observa falta de diversidad corporal con mujeres que presentan cuerpos excesivamente delgados. Por otro lado, presentan contenidos en los que ensalzan estereotipos corporales de género para las mujeres y se lucran tratando de vender productos que permiten ajustarse a dichos estereotipos corporales.
- Contenidos pornográficos del mainstreaming sumamente violentos, en los que se normaliza la cultura de la violación y la explotación del cuerpo de las mujeres (Alario, 2021; Cobo, 2020). Un indicativo de hacia dónde vamos como sociedad en lo que respecta a la educación sexoafectiva. Tan solo hay que observar las cuatro búsquedas más frecuentes de las webs de pornografía más visitadas para observar el grado de violencia presente en la pornografía a la que están accediendo: “violación grupal”, “abusada”, “pederastia” e “incesto” (Marroquí, 2023).

- Falta de regulación de páginas como OnlyFans, en las que muchas menores de edad exponen sus cuerpos y donde se está encontrando que, en algunas chicas, funciona como un escalón, no solo a la pornografía, sino también a la prostitución.
- Foros de puteros. Ranea (2023) pone de manifiesto cómo en las masculinidades actuales se da una sexualidad serial y compulsiva facilitada por las redes sociales. En internet se encuentran foros y páginas en las que se evalúan el cuerpo y la cara de las prostitutas como si fueran un artículo de Amazon.
- La tecnología va demasiado rápido. En 2023, nos sorprendíamos con deep fake (manipulaciones digitales creadas a través de una imagen real) con imágenes pornográficas de niñas en edad escolar por parte de sus compañeros de colegio. Para ello, las imágenes presentan el rostro de las niñas junto con un cuerpo desnudo generado por inteligencia artificial. Continuamente, tenemos que ser conscientes de los nuevos peligros, aprender a convivir con ellos de una forma segura y, cuando sea necesario, acelerar el paso en la regulación.
- Normalizar que, en los campamentos de verano o fiestas de cumpleaños infantiles, se escuchen canciones de reguetón o se visualicen vídeos musicales, que las niñas cantan y bailan (muchas veces de forma sexualizada, imitando a sus ídolos musicales) con letras que objetivan a las mujeres, las hipersexualizan y las tratan de forma degradante y violenta.

3. Violencia simbólica: desigualdades naturalizadas por la sociedad e interiorizadas por las mujeres

“A diferencia de la violencia que en general conocemos, esta se presenta de manera sutil, ya que tiene que ver con actitudes, gestos, conductas y creencias que enseñan y perpetúan la relación de poder, es decir, de dominación y subordinación de un grupo de personas sobre otro. Así, poco a poco, vamos construyendo nuestra identidad y pensándonos a nosotras mismas desde las herramientas del dominador, haciendo parecer que este es el “orden natural” de las cosas y sentando las bases para que existan el maltrato y la violencia física. Por otro lado, la violencia simbólica reproduce la creencia de que hay algunas personas que están por encima de otras, manteniendo desigualdades y comportamientos discriminatorios. Como es algo tan cotidiano, muchas veces las víctimas interiorizan estas ideas y las replican.”

La rebelión del cuerpo (2023). Contra los estereotipos

Las mujeres tienen interiorizada y la sociedad tiene naturalizada la violencia simbólica. La violencia simbólica permea a todas las mujeres y se convierte en un mecanismo de reproducción y desigualdad de género. De esta manera, se asume que las cosas “siempre han sido así” y, por lo tanto, nuestros valores, creencias y lugares dentro de la sociedad son incuestionables e inmutables. Vivir en una sociedad violenta y machista hacia las mujeres tiene consecuencias emocionales que permean las experiencias de las mujeres y que se plasman en mayor prevalencia sobre diversos diagnósticos de salud mental, entre los que se encuentran los trastornos alimentarios en las mujeres, fruto de la violencia simbólica que se ejerce sobre los cuerpos de las mujeres (de Ugarte, 2022).

Podría considerarse violencia simbólica a aquellos patrones estereotipados, mensajes, valores, iconos o signos que transmiten y reproducen dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de las mujeres en la sociedad. En esta línea, Marcela Lagarde (2020) considera que la baja autoestima de las mujeres está vinculada a dichas condiciones de opresión de género:

- Vivir en condiciones patriarcales daña a las mujeres.
- Tener derechos individuales como mujeres viene de la mano de la autoestima de género. La autoestima está marcada por las condiciones sociales de opresión de género que se experimenta como mujer, con situaciones de discriminación, subordinación, descalificación, rechazo, violencia y daño, que cada mujer experimenta durante toda su vida en grados diversos.
- Estas vivencias generan un daño en la autoestima de las mujeres que se convierte en una marca de identidad femenina. Sobre todo, cuando se asume como natural la precariedad de género y se cree que la igualdad de género entre mujeres y hombres es real.
- Conformadas como seres para otros, las mujeres depositan su autoestima en los otros, en agradecerlos, y, en menor medida, en sus capacidades.
- Posición de inferioridad frente al hombre.
- Una fuente de autoestima femenina viene de la mano del prestigio de género sintetizado con ser buena mujer (cumplimiento estereotipos de género patriarcales, aceptando la subordinación y control impuesto por los otros) o estar muy buena (estereotipos corporales).

Las mujeres que interiorizan la violencia simbólica pueden rebelarse ante esta situación o someterse a ella. Solnit (2021, p. 69) escribe “las personas enloquecen cuando otras les dicen que las experiencias que viven no han ocurrido en realidad, que las circunstancias que las asedian son imaginarias, que los problemas existen solo en su cabeza y que la angustia que sienten es una señal de su fracaso, cuando el éxito sería callar o dejar de saber lo que saben. De este dilema intolerable surgen tanto los rebeldes que eligen el riesgo y el fracaso como los prisioneros que optan por la docilidad.”

Las mujeres del movimiento de La rebelión del cuerpo (2023) se rebelan y plantean que la desprivatización de experiencias personales es el primer paso para comenzar a deconstruir los estereotipos de género. Compartir nuestras

historias y testimonios para entender que lo personal es político. Así, hablar sobre las inseguridades de las mujeres a nivel personal pone el foco en que son un síntoma de un sistema injusto y violento. Visibilizar las vivencias permite generar una identificación emocional muy fuerte, porque, si a todas nos ha tocado, es porque no somos el problema; el problema es social y juntas podemos levantar la voz para derribar las barreras que nos limitan y condicionan. Es necesario reflexionar sobre qué se deja de hacer por sentirse condicionada por ser mujer. Desde este movimiento chileno, se considera urgente promover el desarrollo de un pensamiento crítico y exigir un marketing ético.

4. Imagen corporal, violencia simbólica e interseccionalidad: opresión vs. privilegios

“La violencia estética es aquella violencia simbólica que sufren las mujeres socialmente. Esta presión se ejerce bien de forma indirecta, asociada a la femineidad, o bien de forma directa, explícita y violenta, recurriendo a la descalificación, la discriminación o la ridiculización de quien no responde al canon de belleza en el mundo real y en el mundo virtual”.

Esther Pineda (2014). Bellas para morir.

Dar un paso más implica entender la perspectiva de la interseccionalidad. En este sentido, el feminismo interseccional reconoce que las experiencias de opresión y privilegio de una persona están formadas por múltiples factores interconectados, como la etnia, el género, la sexualidad, “la capacidad” o la clase social. Cuando aplicamos esta lente a los medios de comunicación, las redes sociales y la industria audiovisual, se observa un refuerzo de los sistemas opresivos al presentar una visión estrecha y homogénea del mundo que borra y margina experiencias diversas. Los agentes de socialización de referencia solo reflejan y refuerzan los estándares normativos que perpetúan sistemas de opresión y discriminación. Vivimos en una sociedad que nos oprime, en lugar de sacar lo mejor de cada uno/a de nosotros/as. Así, tal y como apunta Yolanda Domínguez (2020), las imágenes proyectadas en los diversos medios de socialización deberían ser generadoras de libertad; una libertad que no solo tenga en cuenta la individualidad, sino también la colectividad, donde deberían reflejarse y expresarse diferentes perspectivas, así como estimular diversidad de respuestas.

Sin embargo, el bombardeo, desde los mencionados agentes de socialización de referencia, presenta imágenes de personas con escasa o nula diversidad. Imágenes que excluyen y marginan a cualquiera que no encaje en estas categorías rígidas o que representen las periferias de nuestra sociedad. Las comunidades marginadas son estigmatizadas en los medios de comunicación, las redes sociales y la industria audiovisual y, al no tener referentes, es imposible identificarse con alguna persona que ayude a poner en palabras realidades diversas. Cuando una persona se ve representada, se siente validada e

incluida. En cambio, cuando no sucede, la persona se siente invisible y excluida.

Si ponemos el foco en la diversidad corporal, Raquel Lobatón (2022) afirma que vivimos en una cultura que jerarquiza los cuerpos, de forma que se promulga y promueve la idea de que algunos cuerpos son mejores o superiores a otros. Estas jerarquías corporales conforman sistemas de opresión que otorgan mayores privilegios a las personas cuyas identidades se acercan más a la cima de la jerarquía. El cuerpo normado, hegemónico y que es el receptor de mayores privilegios es el de un hombre blanco, delgado, cisgénero, heterosexual y con rasgos eurocéntricos. De esta forma, quienes más se alejan de esta hegemonía corporal suelen ser receptores de opresión, discriminación y tienen menos oportunidades en diversas áreas. Calado (2011) ya señalaba, en su trabajo *Liberarse de las apariencias: género e imagen corporal*, cómo la falta de representación de cuerpos diversos (en tallas, color de piel, estaturas, cabellos) en nuestra sociedad genera la ilusión de que el ideal corporal está vinculado al éxito. Así, las personas que se acercan al estereotipo corporal representan el éxito y la felicidad que tenemos que alcanzar.

A mayor proximidad a dicho estereotipo corporal, se padecerán menos situaciones de discriminación vinculadas al cuerpo. Y viceversa. Se dan situaciones de opresión cuando nos distanciamos de lo que sería el ideal corporal de mujer, en singular, para mostrar que ese ideal corporal es único con ausencia de diversidad: mujer delgada, de raza blanca y joven. Por tanto, existen múltiples formas de discriminación sistémica que impiden que las mujeres disfruten de igualdad de oportunidades y dichas opresiones interseccionan. Las formas de discriminación se cruzan entre sí y presentan desafíos únicos para las personas y comunidades afectadas. Estas discriminaciones, junto con la desigualdad sistémica, contribuyen a las diferencias en la salud de las mujeres que, en el caso de la imagen corporal, se relacionan con la insatisfacción corporal, los trastornos alimentarios y los trastornos afectivos.

Chollet (2012) ya apuntaba cómo la búsqueda de las mujeres por alcanzar la delgadez, la juventud y la mayor blancura posible representa un horizonte seguro; acumular estas cualidades representa la garantía de hacerse valer en el entorno

en diferentes ámbitos. Esta uniformidad implica el miedo a ser relegadas cuando nos alejamos de las normas, a caer en la vulnerabilidad social y afectiva. Se corre el riesgo de perder el trabajo o la pareja, de verse condenada a la eliminación e insignificancia. En esta línea, Pineda (2014) plantea que el sexismo, el estigma del peso, el racismo y la gerontofobia se encuentran en la base de la violencia estética vinculada a la imagen corporal, que genera trastornos alimentarios y estigmatización del peso (Figura I.5.). Si bien se ejerce dicha presión de manera general sobre las mujeres de la sociedad actual, se convierte en opresión en mujeres mayores, de raza distinta a la blanca, así como en mujeres blancas que no se ajustan al ideal corporal vigente por su edad o por su peso.



Se ha reflexionado, en apartados anteriores, sobre las consecuencias del sexismo y su relación con los trastornos alimentarios. Cabe detenerse en las situaciones de racismo estético. Calado (2011) reflexiona ampliamente sobre el racismo estético apuntando que se asocian valores positivos o negativos a características físicas en función de que se alejen o se acerquen al ideal estético. Dicho ideal estético se transmite con las imágenes de las revistas de moda, programas de televisión, publicidad sexista o cine, videojuegos, redes sociales o juguetes. Existe una sobrerrepresentación de las imágenes de personas blancas y una subrepresentación de imágenes de otras razas o culturas (negra, latina o asiática), llevando a la exclusión de todos aquellos rasgos físicos que se alejen del ideal corporal blanco. Cuando el cuerpo se aleja del estándar racial propuesto como modelo, se puede observar un complejo de inferioridad racial que puede llevar a diversos

comportamientos para conseguir que el físico se acerque lo máximo posible a ese ideal corporal racial. Para ello, muchas mujeres con baja autoestima intentan adaptar su fisonomía al ideal corporal racial, transformando u ocultando diferentes partes de su cuerpo, lo que da pie a una industria que Del Olmo (2005) denomina de complejo racial (uso de tintes, cirugía plástica, lentillas o técnicas de adelgazamiento); transformaciones que buscan aproximarse al ideal de mujer blanca imperante. Así, por ejemplo, es alarmante el uso de cremas, que dejan la tez de un color anaranjado, sin vida y escamada por parte de las mujeres negras en algunos países de África Occidental. Es decir, se homogeneizan los patrones de imagen en función de los criterios que ha marcado la mujer blanca occidental: tez blanca, pelo liso/ rubio, ojos claros y delgada. Los casos por discriminación de racismo estético casi nunca suelen estar concebidos como segregación racial, pero pueden acarrear consecuencias negativas en las relaciones sexuales, sociales y laborales. Para superar el racismo estético, una vez más, es preciso reconocer la multiplicidad y la complejidad de formas corporales.

Por otro lado, sobre la asociación entre mujer y juventud son esclarecedoras las palabras de Anna Freixas:

“Mientras todas nos dediquemos a tratar de ocultar que somos viejas, a aparentar que somos jóvenes... Primero, esto supone un sufrimiento psicológico horrible. Somos las pobres del planeta, no sé si lo sabíais, pero las mujeres somos las pobres, las hiperpobres del planeta. Y encima, nos gastamos un dinero que no tenemos en transformarnos, en transformarnos en un imaginario que hemos decidido nosotras también, no solamente el mundo patriarcal, sino que nosotras colaboramos activamente en el mantenimiento del negocio. Nuestro cuerpo es un campo de batalla y lo maltratamos, lo disciplinamos, lo torturamos y todo esto, lo malo de todo esto es que como es algo inalcanzable, siempre estamos a disgusto, siempre estamos enfadadas, tristes y sentimos ira y vergüenza con nuestro cuerpo. No podemos ser unas viejas enrolladas si estamos llenas de ira y de vergüenza, arruinadas y además con hambre, maltratadas por la dieta.”

Anna Freixas en Una mirada feminista sobre la salud de las mujeres, mesa redonda organizada por organizada por el Instituto de las Mujeres el 13 de junio de 2022 (youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=mP7gXOFFTuo>)

Estos sistemas de discriminación normalizada son violentos:

- Que las mujeres, para ser aceptadas o valoradas, gasten más tiempo, dinero y energía en su apariencia que los hombres: es violencia.
- Que se hable y se juzgue el cuerpo de las mujeres en diferentes momentos vitales y contextos, incluso en aquellas mujeres con presencia pública por su trabajo (políticas, artistas o deportistas): es violencia.
- Que las mujeres delgadas puedan conseguir mayor variedad de ropa que las mujeres gordas: es violencia.
- Que las mujeres gordas sean pesadas y puestas a dietas en las consultas médicas y no se atienda su problema de salud motivo de consulta: es violencia.
- Que las mujeres de otras razas tengan que cambiar sus cuerpos para quitarle todo vestigio de la raza a la que pertenecen: es violencia.
- Que las mujeres de otras razas tengan que invertir más tiempo y dinero que las mujeres blancas para conseguir el ideal corporal de apariencia: es violencia.
- Que las mujeres viejas tengan que invertir más tiempo y dinero que las mujeres jóvenes para conseguir el ideal corporal de apariencia: es violencia.
- Que las mujeres se vean en situaciones que les hagan decidir llevar a cabo intervenciones para acercarse al ideal corporal en aquellas situaciones en que las mujeres lleven a cabo intervenciones para acercarse al ideal corporal en las que puedan perder sus vidas o fruto de dicha intervención puedan ver limitadas sus vidas por problemas físicos importantes; por tanto, es violencia, que pasa de la violencia simbólica a la violencia física.

A continuación, se aborda detalladamente las situaciones de opresión, violencia normalizada, que viven con más frecuencia desde la infancia las mujeres cuando están en un cuerpo no normativo en función del peso.

5. Violencia normalizada: cuerpo no normativo e interseccionalidad de peso

“Estuve casi treinta años callada, habitando mi cuerpo llena de dolor. Pero en el camino de la vida me encontré con el activismo gordofeminista que me llevó a transformar el dolor en rabia y la rabia en grito”.

Magda Piñeyro (2019). *10 gritos contra la gordofobia.*

Se ha analizado cómo la cosificación de las mujeres en la cultura actual tiene graves consecuencias para la salud de las mujeres. Se trata de una forma de opresión y sometimiento, en la que está presente el miedo de las mujeres a no conseguir el cuerpo ideal asociado al éxito. Aquellas mujeres que están dentro de los cánones llevan a cabo conductas por miedo a dejar de estar dentro de dicho ideal corporal y aquellas mujeres fuera de los cánones corporales llevan a cabo conductas para llegar a estar dentro. Por tanto, dar o quitar valor a las mujeres en función de su apariencia genera inseguridades. Las inseguridades se relacionan con una baja autoestima e insatisfacción corporal, lo que genera las condiciones para el desarrollo de conductas propias de los trastornos alimentarios para intentar alcanzar el ideal corporal vigente representado por la extrema delgadez.

En el siglo XXI están presentes desigualdades e injusticias sociales en torno al cuerpo normativo o no normativo en función del peso, dado que el cuerpo delgado es el cuerpo ideal. El estigma del peso se considera actualmente un problema global y preocupa la repetición de mensajes simplificados para que las personas con cuerpos no normativos (en cuanto al peso) alcancen cuerpos normativos por parte de los agentes sociales de referencia (medios de comunicación, redes sociales e industria audiovisual) y los grupos de pertenencia (como familia, grupo de iguales o profesionales de la salud).

En nuestro país, Sánchez Carracedo (2022) define los siguientes conceptos vinculados al estigma del peso:

- **Estigma del peso.** Devaluación social y denigración de las personas debido a su exceso de peso corporal, que puede conducir a actitudes negativas, estereotipos, pre-

juicios y discriminación, acoso escolar, trabajo, familias, relaciones de pareja, agentes sociales de referencia, salud pública, profesionales salud y sociedad en general.

- **Estereotipos de peso.** Generalizaciones sobre que las personas con sobrepeso son perezosas, glotonas, carecen de fuerza de voluntad y autodisciplina, incompetentes, están desmotivadas para mejorar su salud y no cumplen con el tratamiento médico, por lo que son culpables de su mayor peso corporal.
- **Discriminación por peso.** Formas explícitas de prejuicio y trato injusto (conductas prejuiciosas) hacia personas con cuerpos grandes: acoso escolar, trabajo, familias y profesionales salud.
- **Prejuicios relacionados con el peso.** Bien explícitos con actitudes negativas sobre el peso, mantenidas conscientemente; bien implícitos con atribuciones y estereotipos automáticos negativos no conscientes.
- **Interiorización prejuicios de peso.** Culpabilización que la persona hace sobre su propio peso: autoestigma del peso. La interiorización incluye el acuerdo con los estereotipos y la aplicación de estos estereotipos a una misma, así como la autodevaluación.

En esta línea, un reciente grupo de trabajo internacional de la Federación Mundial de Obesidad trabaja en elaborar recomendaciones para acabar con el estigma del peso, incluyendo también la necesidad de esfuerzos legislativos y enfoques políticos basados en los derechos humanos partiendo de que (Nutter et al., 2024):

- El estigma del peso se caracteriza por conceptos erróneos y estereotipos generalizados asociados con un mayor peso corporal.
- El estigma del peso puede considerarse un determinante social de la salud y una cuestión de derechos humanos debido a las situaciones de discriminación (injusticias sociales) que viven las personas con cuerpos no normativos: cuerpos gordos.

- Las personas que experimentan y/o interiorizan el estigma del peso (autoestigma del peso) tienen mayor riesgo de sufrir trastornos alimentarios.
- El análisis de las narrativas sobre obesidad, alimentación, actividad física, lenguaje científico y público encuentran que el estigma del peso se asocia con narrativas culturales dominantes como el “peso saludable” (responsabilidad personal en el control del peso) y la cultura de la dieta.

5.1. Peso corporal y moral

Se puede afirmar que vivimos en una sociedad en la que se estigmatiza a las mujeres con cuerpos no normativos: estigma del peso (Figura I.6). El estigma del peso se manifiesta con la presencia de actitudes y creencias negativas, reforzando incorrectamente que las personas con mayor peso corporal u obesidad tienen defectos de carácter moral (Nutter et al., 2024). Así, se asocian determinadas características negativas de las personas gordas como irresponsables, sedentarias, que no tienen fuerza de voluntad, que son inconstantes, que carecen de autodisciplina o que se dan por vencidas con su peso. Por tanto, se asocian estereotipos corporales (cuerpos gordos no normativos) con determinados valores personales. Para las mujeres, estar delgada es símbolo de belleza, salud y éxito, mientras que el apelativo de gorda tiene un significado peyorativo, al relacionarlo con poco atractivo, debilidad, dejadez, falta de salud y fracaso. Se generan, así, jerarquías corporales en función de que se aproximen o no al cuerpo normativo, considerando que existen cuerpos mejores que otros en función de su peso. Estos estereotipos se representan en los agentes de socialización de una forma simplificada, dicotómica y homogénea: delgada vs. gorda. Para las mujeres resulta deseable acercarse lo más posible a este ideal corporal. Se trata de un violento sistema de jerarquías corporales que oprime y discrimina.

Es preciso reflexionar sobre la paradoja de que el cuerpo normativo, hegemónico, aquel que se considera “normal” o “ideal” en las mujeres solo se da en un pequeño porcentaje de la población mundial. La exposición repetida al cuerpo ideal (delgado, blanco y joven) desde los distintos medios de referencia (medios de comunicación, redes sociales o industria

audiovisual) normaliza dichas representaciones corporales, haciendo creer a las mujeres que es necesario estar dentro de un ideal corporal irreal.

Además, los mensajes que se encuentran las mujeres en los medios de comunicación y redes sociales promueven supuestos estilos de vida saludables y el estigma del peso con discursos y frases como:

- Querer es poder.
- Todo es cuestión de disciplina.
- La obesidad es una enfermedad.
- Debes estar en tu peso saludable.
- El lunes retomamos la dieta.
- Una vez al año no hace daño.
- Enseguida lo quemamos en el gimnasio.
- Es que es mi comida libre (*Cheat Meal*).

Se obvia que, así como no podemos elegir el color de piel, de ojos o estatura, tampoco elegimos nuestro tamaño corporal. Toda mujer que se sale de ese molde se considera que “es irresponsable con su salud”, “no tiene amor propio”, o “le falta fuerza de voluntad”. Decirle a alguien que no se quiere, que no tiene amor propio, es de las narrativas más violentas que hay. Además, se trata de una narrativa creada por la cultura de dieta y el estigma del peso que avergüenza y oprime a las mujeres que no se adaptan al modelo de cuerpo hegemónico. Decirle a una mujer que si no está delgada es por falta de amor propio es violento y ofensivo.

Figura 1.6. Consecuencias interiorización de los estereotipos corporales de género: cuerpos no normativos y estigma de peso



La asunción del control de peso es uno de esos clichés que muchas personas y profesionales de la salud repiten, fomentando la validación de un único tipo de cuerpo como adecuado. Esta violencia institucional normalizada se muestra en el lenguaje utilizado, incluso entre profesionales de la salud, que ha aumentado inadvertidamente el estigma del peso: “la carga de la obesidad”, “la guerra contra la obesidad”, “la epidemia de la obesidad” y “eliminar la obesidad”. Todas estas frases funcionan como un refuerzo del estigma del peso (Nutter et al., 2024).

Los prejuicios con respecto al peso se traducen en situaciones de discriminación social en las mujeres con cuerpos no normativos (ámbito familiar, grupo de iguales, escolar, laboral e incluso en los/as profesionales de la salud) o en los agentes sociales de referencia, con agresiones diarias:

- Comentarios negativos e insultos en la calle, entorno familiar, escolar, laboral o médico.
- Reserva el derecho de admisión en algunos lugares.
- Sobrerrepresentación en medios de comunicación o redes sociales de personas delgadas y cuando aparecen personas gordas con estereotipos de persona simpática, tonta o floja. Habitualmente en papeles secundarios y no como protagonistas.

- Imágenes y comentarios que avergüenzan a las personas por el cuerpo.
- Mensajes constantes a las personas gordas de que tienen que adelgazar, que tienen el control de ello y, si no, se asocia al fracaso personal por parte de agentes sociales de referencia y de pertenencia.

Todos estos mensajes transmiten que, para ser una mujer exitosa, es preciso estar delgada y, por ende, que las mujeres gordas son unas fracasadas en nuestra sociedad actual, y la asimilación de ese fracaso tiene sus consecuencias:

- Fracaso en las diferentes esferas de la vida (social, personal o laboral), dado que se encuentran situaciones de opresión y discriminación por parte de las personas gordas en todos estos ámbitos de sus vidas.
- Las mujeres gordas interiorizan todos estos estereotipos simplificados de cuerpo gordo con otras características de personalidad y fracaso (autoestigma del peso).
- Limitaciones en los intereses y actividades y, en los casos más graves, la baja autoestima y la insatisfacción corporal pueden llevar al desarrollo de trastornos alimentarios y afectivos.

5.2. Cultura de la dieta y del estilo de vida saludable

Jovanovski y Jaeger (2022) recogen cómo, si bien la dieta se entiende tradicionalmente como una forma de reducción de calorías para inducir la pérdida de peso, la investigación feminista describe la dieta como una práctica cultural reforzada por normas nocivas sobre la alimentación y el cuerpo de las mujeres. Por tanto, desde una aproximación feminista, las dietas para adelgazar suponen un problema de salud de la mujer contemporánea porque:

- Se asocia con prácticas alimentarias poco saludables.
- Se dan de forma normativa entre mujeres de todas las formas y tamaños corporales.

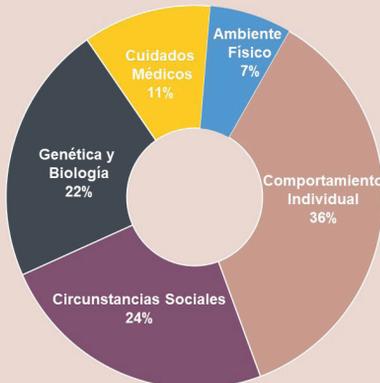
La cultura de la dieta parte de la premisa de que las dietas pueden llegar a ser exitosas. Partiendo de esta premisa, se

observa cómo, tanto desde la medicina como en los medios de comunicación y redes sociales, nos encontramos con múltiples tipos de dietas. En ellas se llevan a cabo restricciones de calorías y de alimentos, con reglas alimentarias (sobre cantidades, horarios comida, qué comer, cuándo comer...). Con las nuevas tecnologías, se va más allá, dado que se pueden planificar las dietas. Así, se pueden introducir las calorías, “cuadrar tus macros”, planear cada gramo que entra en la boca. Este método de hacer dieta puede promover una relación rígida y desordenada con la alimentación.

Todas las dietas tienen un común denominador: ignoran las señales corporales internas de hambre y saciedad. No se tiene en cuenta que el cuerpo humano no es una máquina; hay momentos en que se necesita más o menos energía.

Otro mensaje instaurado socialmente es la asociación entre peso y salud. Así, se puede afirmar que vivimos en una cultura del estilo de vida saludable y del bienestar que deposita en el individuo la responsabilidad de su salud. Sin embargo, la premisa de que las conductas individuales de las personas determinan mayoritariamente su salud no es cierta. Estos mensajes simplistas sobre el control del peso a través de la ingesta individual de alimentos y la actividad física promueven el estigma del peso, al ignorar los muchos determinantes biológicos, psicosociales y ambientales interconectados de la salud (Nutter et al., 2024). Se estima que aproximadamente un 22% de nuestra salud estaría determinado por la genética y biología (Figura I.7). Pese a esta evidencia, se sigue asumiendo que nuestra salud depende casi exclusivamente de lo que comemos y el ejercicio físico que realizamos, y que nuestra alimentación es una elección individual.

Figura I.7. Determinantes de salud



Estos mensajes también pasan por alto las barreras interseccionales adicionales en la actividad física y la alimentación saludable que las mujeres de poblaciones vulnerables y marginadas pueden experimentar en todo el mundo: limitaciones socioeconómicas, timidez relacionada con la actividad física y falta de espacios seguros para la actividad física o entornos alimentarios hostiles a la promoción de la salud (p. ej., alimentos ultraprocesados) (Nutter et al., 2024). Es decir, se obvia que la gran mayoría de la población mundial come aquellos alimentos a los que tiene acceso por el lugar donde vive o por sus condiciones socioeconómicas, (p. ej., largas jornadas laborales que no permiten tener tiempo para las comidas ni para el ejercicio físico). Así, lo que impacta de forma más importante en la salud de las personas es la pobreza, la discriminación, la desigualdad, el poco acceso a servicios de salud de calidad o la falta de oportunidades.

Es necesario un cambio en la narrativa del peso más allá de mensajes simplistas como “comer menos, moverse más”. Este cambio permitiría eliminar culpas injustificadas de las personas y aumentar la atención en el bienestar de las personas en todo el espectro de peso.

Tal y como se ha apuntado, en el peso existe una interacción entre genética y ambiente. Cada persona tiene un rango de peso que el cuerpo defiende para garantizar sus necesidades energéticas. Así, Calado (2010a) recoge la teoría del “punto fijo” del peso, que se refiere a que el peso corporal y otros parámetros biológicos están determinados, en gran medida, genéticamente: indica la predeterminación genética y que el cuerpo tiende a acomodar su peso dentro de un rango. Esto da pie a postular el denominado “punto fijo” del peso, es decir, un intervalo de peso entre cuyos polos oscila generalmente nuestro peso. La teoría del “punto fijo” del peso está justificada por la observación clínica, que ha encontrado que el organismo emplea diversos mecanismos para mantener su peso dentro de una estabilidad y sin marcadas oscilaciones. Además, existen otros factores externos que contribuyen a determinar el peso según la función y el contexto: edad, embarazos, enfermedades, estrés o ciclos de aumento o pérdida de peso (Teoría de la “zona de establecimiento”). Es decir, a pesar de que el peso tienda a ser estable, ante diversas circunstancias vitales, puede variar: se tienen en cuenta la mul-

tipicidad de factores que intervienen en la modificación del peso. Entonces:

- Cuando se llevan a cabo dietas restrictivas o ejercicio compulsivo, se produce una lucha contra los mecanismos que se activan para garantizar nuestra supervivencia.

- El peso no es el resultado de la “falta de fuerza de voluntad o de disciplina con el ejercicio”.

- No existe una forma de comer que nos lleve a tener ese cuerpo normativo que se exige a las mujeres.

- Aunque todas las mujeres comiéramos igual y nos ejercitáramos igual, nuestros cuerpos serían muy diferentes entre sí.

- Nuestros cuerpos cambian a lo largo de nuestro ciclo vital en función de las circunstancias de cada momento.

Además, las conductas de dieta que se fomentan tienen graves consecuencias:

- Miedo a engordar o a subir de peso.

- Clasificación alimentos como prohibidos o no saludables

- Vergüenza y arrepentimiento al comer.

- Conteo de calorías o análisis pormenorizados de la composición de los alimentos para nutrirse sin ganar peso.

- Promoción del ayuno intermitente.

- Conductas compensatorias: hacer ayunos, saltarse comidas o ejercicio físico excesivo.

- Conductas purgativas: détox, téis, laxantes, diuréticos o fármacos para perder peso.

- Ciclos de restricciones y atracones: cómo seguir el plan y tener una comida libre (*Cheat Meal*).

- Recomendación de fármacos o productos para adelgazar, como sustancias para evitar el hambre.
- Recomendación de fajas, cremas o masajes reductivos.

Todo este caldo de cultivo social lleva a las mujeres, cuando interiorizan esta narrativa naturalizada socialmente, a vivir una serie de limitaciones en sus vidas, asociada con una baja autoestima e insatisfacción corporal. Aunque no lleguen a desarrollar un trastorno alimentario, pueden presentar desórdenes alimentarios:

- Ciclos de restricciones y atracones.
- Sentimientos de tristeza, enfado, culpabilidad, fracaso, arrepentimiento o vergüenza cuando se considera que no se ha comido saludablemente, que se ha roto la dieta o no se ha llevado a cabo la rutina de ejercicio.
- Evitación de eventos y reuniones sociales por tratarse de comidas, o asistencia, pero con restricción. Se buscan excusas como que ya se ha comido, se lleva la propia comida o no se come lo que se quiere realmente.
- Miedo a subir de peso. La báscula o la talla de ropa influye en el estado de ánimo. Se siente que un número define tu valor (éxito o fracaso) y se llevan a cabo unas comidas u otras en función del peso.
- Juicios sobre la forma de comer de otras personas, incluso pueden llegar a molestar los hábitos de los demás pensando que no cuidan su salud. Llegamos a encontrar vídeos en Tik Tok en los que se mejora la cesta de la compra a desconocidos/as en el supermercado sustituyendo algunos productos por otros “saludables”.
- Cultura de la dieta que ha colonizado también el mundo del ejercicio, de tal manera que la única finalidad de mover nuestros cuerpos es bajar de peso y modificar su apariencia. Esto hace que se desarrolle una relación tóxica con el ejercicio, llegando a verlo como “el castigo”, “el requisito para encajar” o una forma de “ganarnos el derecho a comer”. Los mensajes publicitarios de los cen-

tros que promueven el ejercicio suelen ir acompañados de cuerpos hegemónicos de nuestra cultura y de slogans como “consigue el cuerpo de tus sueños”.

En definitiva, esta visión pesocentrista no resulta nada respetuosa con el cuerpo propio ni con el cuerpo de las demás personas. No se acepta la diversidad corporal, ni la salud en todas las tallas corporales. Se centra en poner el peso en el centro de la salud (perspectiva pesocentrista), obviando el funcionamiento del cuerpo, y que su funcionamiento adecuado no depende de restringir o hacer ejercicio compulsivo para alcanzar un peso concreto, sino en cubrir las necesidades que necesite nuestro cuerpo.

5.3. Fracaso de la cultura de la dieta y del estilo de vida saludable

Tal y como se ha puesto de manifiesto, la salud no es solo cuestión de hábitos. La salud es un proceso y no un estado, y la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene en cuenta esta perspectiva. De hecho, en 1946, la OMS definió la salud como “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de lesión o enfermedad”. Este es el enfoque que debería predominar en el sistema y también en todas las consultas médicas. Sin embargo, actualmente predominan entre los/as profesionales de la salud mensajes de la cultura de la dieta y del estilo de vida saludable muy dañinos, asociando peso y obesidad, obesidad y enfermedad.

La cultura del estilo de vida saludable tiene en cuenta la salud de una forma muy simplificadora, en función de una variable física como el peso. De esta manera, se hace hincapié en las enfermedades físicas en las que el peso puede funcionar como un factor de riesgo, pero se obvian las consecuencias de las dietas restrictivas asociadas como factor de riesgo de los trastornos alimentarios. No se tienen en cuenta las consecuencias físicas, mentales y sociales que pueden estar asociadas a las dietas y los supuestos estilos de vida saludables.

Por tanto, las dietas para perder peso son estados de semi hambruna autoinducidos “en nombre de la salud” que se vinculan a “estilos de vida” o “cambios de hábitos”. Esto se aplica no solo a las dietas muy restrictivas, sino a todas aquellas

intervenciones que llevan a que una persona consuma menos calorías de las que requiere su cuerpo con la finalidad de perder peso. Ningún otro ser vivo hambrea voluntariamente ni come menos que de lo que su cuerpo requiere para su funcionamiento. Los buenos hábitos de alimentación no pueden incluir una restricción calórica poco saludable, ni física ni mentalmente.

Además, se ha constatado que las dietas solo son exitosas a corto plazo. Es más, a largo plazo, no solo no se mantiene la pérdida de peso, sino que se puede llegar a ganar más peso que el inicial. Mann, Tomiyama, Westling, Lew, Samuels y Chatman (2007) encontraron, en una revisión, cómo entre uno y dos tercios de las personas que hacen dieta recuperan más peso del que perdieron con sus dietas y, probablemente, estos datos están subestimados, dado que la dieta es contraproducente de diferentes formas que no se analizan en la literatura, ya que se sesga el resultado de los trabajos publicados hacia la demostración de una pérdida de peso exitosa. Estas autoras también encuentran que no hay evidencia de que la dieta produzca mejoras significativas en la salud, independientemente del cambio de peso.

En definitiva, los datos no permiten concluir que las dietas conduzcan a una pérdida de peso duradera (a largo plazo) o a beneficios para la salud.

Las revisiones actuales llegan al mismo tipo de conclusiones. Mauldin, May y Clifford (2022) ponen de manifiesto cómo la atención sanitaria actual se centra en el peso, equiparando peso y salud. Este enfoque de la atención sanitaria tiene consecuencias negativas para el bienestar del o de la paciente. Por tanto, las premisas erróneas en el enfoque de atención médica centrado en el peso conducen a consecuencias negativas cuando se promueve la dieta y la pérdida de peso. En la misma línea, Nutter et al. (2024) afirman que las intervenciones pesocentristas (centradas en la nutrición y el ejercicio, la asociación de mensajes de salud con la pérdida de peso, los ideales occidentales de delgadez, la cultura de dieta y fitness) han demostrado:

Falta de eficacia en la pérdida de peso a largo plazo y que estigmatizan a las personas con mayor peso corporal.

Por tanto, se puede concluir que la cultura de la dieta y del estilo de vida saludable no funciona (Alberola, 2024). Es más, se puede hablar de un ciclo de la dieta o efectos muy poco saludables por parte de las personas que llevan a cabo dietas (Fernández y Lozada, 2023). El ciclo comenzaría cuando las presiones del ideal corporal y el estigma del peso en aquellas personas con cuerpos no normativos llevan al deseo de adelgazar, seguido de restricciones, así como a irregularidades hormonales que causan hambre, ansiedad y atracones, para, a continuación, vivir sentimientos de culpabilidad y el deseo de nuevo de adelgazar (Figura I.8).



La culpa al comer es aprendida y proviene de una cultura de la dieta que carga de moralidad a la comida, lo que fomenta vivir con miedo a comer y a engordar. Estos mensajes, asumidos socialmente, son contranatura, dado que comer es indispensable y necesario, pero también es fuente de placer, conexión y disfrute. Es un acto que, en absoluto, debería estar ligado a la culpa. La cultura de la dieta tiene un mensaje muy claro: “serás más valiosa cuanto más delgada seas”. Bajo este violento y opresivo mensaje, se desarrolla la culpa al comer, debido al miedo a engordar. Sentir culpa al comer es tan absurdo como sentir culpa al respirar o al dormir. Comer es un acto de supervivencia y es una responsabilidad con nuestro cuerpo alimentarlo con suficiente comida para su adecuado funcionamiento:

- Nadie nació sintiéndose culpable al comer. Esta es una culpa aprendida por una cultura que carga de moralidad el acto de alimentarnos.
- La culpa al comer es fruto de la cultura de la dieta y del estilo de vida saludable.
- La culpa al comer proviene directamente del miedo a engordar que se nos inculca socialmente.
- Si no tuviéramos miedo a engordar, no tendríamos culpa al comer.

En los casos que se producen restricciones, cabría preguntarse ¿y si eso que se etiqueta como hambre emocional o ansiedad es realmente hambre? Dado que:

- Se normaliza y se indica médicamente que las personas “con cierto peso” deben privarse de alimentos, calorías y consumos suficientes, haciendo que no se den consumos placenteros y adecuados a sus necesidades, generando una inadecuada relación con la comida y el peso.
- Se insta a evitar el consumo excesivo o los atracones, pero no se tiene en cuenta la restricción que los antecede.

5.4. Índice de Masa Corporal (IMC) como indicador de cuerpo normativo vs. no normativo

El IMC es, objetivamente, una fórmula matemática que pone en relación el peso y la altura. El IMC fue inventado hace casi 200 años por Adolphe Quetelet, un astrónomo y matemático del siglo XIX que nunca lo usó para el ámbito de salud. Su trabajo sociológico trataba de identificar las características del hombre medio que representaba el ideal social basado en el estándar de hombres blancos europeos; no estaba presente la representación de mujeres ni de otras razas. Hacia el cambio de siglo, este índice se utilizó para:

- **Justificar el racismo científico:** el hombre blanco era el estándar con el que comparar al resto de las razas.
- **Justificación científica de la eugenesia:** la esterilización sistémica de personas discapacitadas, autistas, inmigrantes, pobres y personas de color.

- Por tanto, es importante señalar que el Índice de Quetelet nunca se pensó como una medida de la grasa corporal, la constitución o la salud individual. Para Quetelet, el IMC era una forma de medir poblaciones, no individuos, y **fue diseñado con fines estadísticos, no de salud individual.**

Hasta principios del siglo XX, no se consideró el peso como un indicador principal de la salud. Fueron las compañías de seguros de vida de EE. UU. quienes pusieron el foco en el peso. Fue entonces cuando se compilaron tablas de altura y peso para determinar qué cobrar a los/as posibles asegurados/as. Los datos obtenidos no se interpretaban siempre de la misma manera, dado que no existía una clasificación en función del peso. Fue en la década de 1970, cuando Keys y su equipo trataron de encontrar la medida más eficaz para evaluar la grasa corporal en la consulta médica. Para ello, realizaron un estudio con hombres de cinco países. En ese momento, el índice de Quetelet pasó a denominarse IMC.

El siguiente paso fue relacionar el IMC con la obesidad. Es en 1985 cuando los Institutos Nacionales de Salud relacionan obesidad con el valor del IMC de cada paciente. Un cambio de las reglas del juego se produce en 1998 cuando los Institutos Nacionales de Salud modifican los valores asociados a sobrepeso y obesidad, pasando del valor de IMC de 27,5 a IMC de 25. Esto supuso que millones de personas se despertaran en rango de sobrepeso sin haber subido de peso.

Por tanto, se podría considerar que las mujeres con puntuaciones en el IMC por encima o iguales a 25 presentan cuerpos no normativos desde el punto de vista de la salud (dado que se producen asociaciones entre un peso y la obesidad- enfermedad) y socialmente (Tabla I.1.). Es preciso apuntar que socialmente, para las mujeres, el cuerpo normativo es incluso de delgadez extrema (criterios en IMC de bajo peso). El bajo peso es un criterio diagnóstico para la anorexia nerviosa, pero no se da, en el ámbito de la salud, una asociación directa entre el bajo peso y una enfermedad, como ocurre entre el sobrepeso y la obesidad. Por otro lado, las imágenes normativas que se ven en los agentes de socialización de referencia son los de mujeres de delgadez con criterios de bajo peso, por lo que está socialmente aceptado e idealizado que las mujeres estén físicamente en extrema delgadez.

Tabla I.1. IMC y cuerpos normativos vs. no normativos en función de criterios de la salud y sociales		
	Normativo por criterios de salud	Normativo socialmente
Bajopeso	----	Sí
Normopeso	Sí	No
Sobrepeso	No	No

El IMC es un producto de su contexto social (poco representativo de poblaciones de países que no son de raza blanca ni de las mujeres), que incluso resulta ineficaz para la medida de la gordura, ya que no tiene en cuenta variables como la masa muscular y la densidad ósea. Por lo tanto, si tenemos en cuenta todas estas críticas, en ningún caso puede ser utilizado como un índice de salud en general, ni de los hábitos de alimentación o de la actividad física. Así, entre las asociaciones que se hacen entre salud y peso, no se tiene en cuenta que el peso no es una conducta; el peso no es una elección. Incluso desde la perspectiva centrada en el peso por parte de profesionales de la salud que trabajan desde el punto de vista de la obesidad, se están realizando, actualmente, críticas con respecto a la asociación entre el IMC y la obesidad (Nutter et al., 2024):

- Críticas al actual diagnóstico de obesidad basadas en el IMC por no tener en cuenta la ubicación, distribución y función de la adiposidad, y que las enfermedades crónicas basadas en la adiposidad ocurren cuando hay tejido adiposo anormal y disfuncional. Un diagnóstico de obesidad requiere una evaluación médica que determine si la adiposidad excesiva o disfuncional perjudica la salud de una persona y de qué manera (p. ej., a través de conversaciones con el paciente y pruebas de laboratorio).
- Falta de claridad sobre la definición de obesidad en la investigación, la práctica clínica y las políticas públicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como “la acumulación anormal o excesiva de grasa que presenta un riesgo para la salud”. Sin embargo, se recomienda alejarse de definiciones de obesidad que se basan únicamente en el IMC u otras métricas antropométricas, y conceptualizar la obesidad como una enfermedad crónica que ocurre cuando el exceso o la adiposidad disfuncional perjudica la salud.

- Prevención del estigma del peso distinguiendo entre el tamaño o peso corporal y la enfermedad de la obesidad. Las personas pueden estar sanas y no saludables en todo el espectro de peso. No todas las personas que tienen un mayor peso corporal tienen obesidad, y las personas con un IMC en el rango de “peso saludable” pueden tener complicaciones relacionadas con la adiposidad.
- Limitaciones del IMC sobre los mensajes de salud pública centrados en la obesidad. Es necesario cambiar la narrativa de las causas y soluciones para pasar a centrarse en la salud y no en el tamaño corporal.

Dado que la mayoría de la comunidad científica no está formada en estas recientes indicaciones, cabe decir que el término obesidad resulta totalmente estigmatizante y patologizante porque es utilizado por la comunidad médica y la población en general como una verdad incuestionable, asumiendo que todas las personas gordas están enfermas.

A pesar de que la ciencia ha refutado muchos mitos comunes sobre el tamaño, la salud y la pérdida de peso durante años, el IMC se sigue asociando con estereotipos sobre las personas gordas que las marginan y generan situaciones de opresión en su día a día.

Por otro lado, Ragen Chastein, en noviembre de 2023, recoge en su blog cómo la industria de la pérdida de peso publica trabajos pisoteando la ética y la metodología de investigación. Esta falta de rigor ha venido asociada a grandes ganancias a costa de instaurar un profundo y duradero estigma del peso. El estigma del peso ha penetrado hasta los sistemas sanitarios, en los que es palpable la desinformación y el daño social masivo a las personas con mayor peso. La autora considera que, por un lado, hay profesionales que ocultan datos estadísticos valiosos para interpretar los resultados de intervenciones pesocentristas, y, por otro lado, hay profesionales que tienen interiorizado el estigma del peso y no cuestionan ni las bases sobre las que se asienta una perspectiva pesocentrista ni su ética. Para ello, propone tres cuestiones básicas a nivel metodológico en la investigación futura:

- Seguimiento de estudios a cinco años sobre la pérdida de peso.
- Información sobre la tasa de abandono de participantes de estudios y datos demográficos (porcentajes por raza/etnia/género, rango edad media, rango peso medio), así como los criterios de inclusión y exclusión del estudio.
- Grupo de comparación con intervenciones con peso neutro. Aportar los datos de cómo repercuten en distintos indicadores de salud las intervenciones pesocentristas (el peso no puede ser considerado un indicador de salud) comparado con las intervenciones en peso neutro.

5.5. Impacto del estigma del peso en la salud física, mental y social

Si bien algunas enfermedades se presentan con mayor frecuencia en cuerpos grandes, esto no quiere decir que la gordura sea la causa, ni que todas las personas gordas vayan a padecerlas. Tal y como se ha puesto de manifiesto, las enfermedades están determinadas por múltiples factores y la asociación de factores de riesgo nunca es causalidad. Sin embargo, actualmente, desde el mundo médico se está patologizando a las personas con cuerpos no normativos (personas con mayor peso) y asociando con enfermedad una característica física corporal, sin tener en cuenta ninguna otra variable.

El estigma del peso se mantiene por la falsa creencia de que promover culpa hacia el cuerpo de la persona podría generar cambios en su conducta. Sin embargo, el estigma del peso genera vergüenza y desprecio hacia el propio cuerpo, así como miedo a engordar. Esta narrativa no tiene en cuenta que el bienestar psicológico no se determina por el peso de las personas, sino por las consecuencias derivadas de las experiencias sociales de discriminación y exclusión. El estigma del peso tiene un impacto negativo significativo en la calidad y cantidad de la atención médica, experiencias en entornos educativos y oportunidades en el lugar de trabajo, y puede afectar negativamente las relaciones interpersonales (Nutter et al., 2024).

Por tanto, se dan grandes riesgos para la salud causados por el estigma del peso por profesionales de la salud, por el

dietismo crónico promovido por la cultura de la dieta y por la discriminación constante que viven las personas gordas en todos sus entornos (familiares, grupo de iguales, escolar o laboral). También se debe al impacto metabólico que supone haber pasado la vida a dieta, subiendo y bajando de peso en entornos de salud. De esta forma, es posible determinar diversas consecuencias de la violencia institucional médica:

- Diagnósticos tardíos, ya que los malestares se achacan al peso corporal.
- Prescripciones médicas de pérdida de peso durante años. Dietas con consumos calóricos bajísimos que atentan contra la salud y a las que se les suele llamar “estilo de vida saludable”. Se prescriben estados de semi hambruna como si fueran saludables. Es decir, dietas que aportan menos calorías de las que requiere el cuerpo, ni saludables ni sostenibles en el tiempo.
- Las subidas y bajadas de peso continuas deterioran la salud física, mental y social.
- Las experiencias previas con profesionales de la medicina hacen que se llegue a evitar y sentir ansiedad cuando se acude a la consulta médica por miedo a ser juzgada por el peso. Eso hará que se retrasen diagnósticos y tratamientos.
- Consumo de polvos, batidos y productos que terminan dañando la salud digestiva.

Si bien el colectivo médico es importante, no es el único en el que se observa violencia institucional. Las personas gordas se encuentran con dificultades en otros entornos de su vida:

- Dificultades para realizar ejercicio físico en los gimnasios porque resultan espacios hostiles donde se suele discriminar a las personas con pesos no normativos.
- Falta de acceso a la ropa que les gusta. El mundo de la moda que hace ropa de tamaño grande no tiene esas tallas accesibles en las tiendas físicas; solo muestran disponibilidad de tallas grandes en las tiendas online.

- Compañías de seguros. No cubren los gastos de la misma forma que en personas delgadas y no se llevan a cabo estudios o tratamientos por falta de cobertura. Se usan medidas antropométricas para determinar el acceso y la calidad de la atención médica (p. ej., a través de primas de seguro más altas o la denegación de procedimientos médicos), lo que contribuye a la discriminación basada en el peso y genera desigualdades sociales y de salud (Nutter et al., 2024).
- Sobreprecios en otros servicios como billetes de avión.
- Menos oportunidades laborales y, cuando se trabaja, menos probabilidades de ocupar puestos de responsabilidad.
- Estigma de los cuerpos gordos de niños/as en las campañas de prevención de obesidad (población general o en centros escolares). Culpabilizando a las personas gordas de su peso por no llevar a cabo hábitos saludables de dieta y ejercicio físico.
- Se normaliza que niños/as con cuerpos más grandes reciban comentarios gordofóbicos en diversos ámbitos (escuela, consulta de pediatría y otras consultas médicas), las familias o los agentes sociales de referencia. A través de mensajes como que deben “cuidar o moderar su alimentación”, se hace pensar que su cuerpo es problemático y deben cambiarlo. Los/as niños/as a quienes se pone a dieta no aprenden a comer más saludable, aprenden a odiar más sus cuerpos.

Las personas que experimentan estigma sobre el peso pueden interiorizarlo, aplicando creencias y actitudes sesgadas sobre el peso hacia sí mismas (p. ej., autoestigma). La experiencia y/o la interiorización del estigma del peso puede afectar negativamente a las conductas alimentarias de personas de todo el espectro de peso, aumentando el riesgo de desarrollar desórdenes alimentarios. Pero, además, el estigma del peso se ha asociado con una disminución de la actividad física y la evitación de la actividad para eludir una mayor estigmatización en el deporte (Nutter, et al., 2024). Todas estas vivencias impactan en la salud de muchas mujeres con

cuerpos gordos no normativos socialmente y, así, un trastorno alimentario puede iniciarse en un intento de reparar la autoestima después de:

- Vivir situaciones de crueldad y violencia hacia el cuerpo en las relaciones interpersonales.
- Recibir comentarios y juicios por parte de la familia y la sociedad llegando a hacer sentir y pensar que lo que se siente no es importante.
- Recibir comparaciones constantes y creer que no se es suficiente.
- Sentir que se ha fracasado y no se ha cumplido con los objetivos o lo que se espera de una misma.

En definitiva, el trastorno alimentario en cuerpos no normativos surge como una forma de manejar situaciones de amenaza vividas en el pasado o como una forma de afrontamiento de situaciones que generan estrés. Se persigue el bienestar emocional y la búsqueda de seguridad, tratando de perfeccionar el cuerpo, de acercarse al ideal corporal normativo de delgadez. Pero, además, las consecuencias del estigma del peso en conductas alimentarias desordenadas (incluidas conductas alimentarias restrictivas) presenta también otras consecuencias en la salud física (mayor desregulación fisiológica como el aumento de cortisol e inflamación) y psicológica (síntomas de depresión y ansiedad, evitación del ejercicio, e ideación suicida) (Nutter et al., 2024).

Por tanto, existe un riesgo de enfermar de las personas con cuerpos no normativos (con mayor peso) cuando se les prescribe dietas y adelgazar sin ningún criterio médico salvo el peso. Y todo esto se hace “en nombre de la salud”.

5.6. El activismo antigordofobia

Roldán (2021) constata que el primer manifiesto por la liberación gorda se produjo en 1973 en Estados Unidos, y no fue hasta la segunda década de los 2000 cuando aparece en los entornos hispanohablantes. La autora define la gordofobia como un sistema de opresión atravesada por el género con un modelo de cuerpo a seguir (blanco y delgado), por lo que cual-

quier cuerpo que no se aproxime al modelo establecido será considerado un cuerpo no válido socialmente y patologizado. Este activismo ha tenido gran éxito en las últimas décadas gracias a su difusión en las plataformas digitales y las redes sociales, fundamentalmente Instagram, donde se genera una red de apoyo antigordofóbico con espacios seguros. La autora constata en su trabajo que el activismo antigordofobia está en constante producción de datos sobre su identidad, sus intereses y transmitiendo sus problemas con un diálogo abierto, en el que se pueden visibilizar las desigualdades y discriminaciones. Se establecen relaciones de sororidad entre mujeres, encuentros entre mujeres, con vivencias compartidas y buscando apoyos para transformar sus vidas.

Los testimonios y las experiencias personales son un terreno fértil para la elaboración de teorías liberadoras del dolor y sufrimiento, fruto de las situaciones de discriminación, manifestando su propia voz. Cada vez más mujeres gordas en todo el mundo alzan sus voces para luchar contra la gordofobia, a través de la descripción de las situaciones de opresión y discriminación sistemáticas de las personas gordas por el tamaño de sus cuerpos en diferentes ámbitos de sus vidas: social, familiar, laboral, escolar o médico.

Cabe apuntar en el mundo hispanohablante el trabajo de dos entidades:

- En España, el **Instituto Canario de Igualdad** ha llevado a cabo Jornadas Internacionales sobre Gordofobia y Violencia Estética durante tres años (2020-2022) y ha editado una Guía sobre gordofobia fruto de las primeras jornadas (Piñeyro, 2020).
- **La Asociación Por La Liberación Corporal Y Alimentaria Para Iberoamérica (ALICYA)**, que lucha contra el estigma del peso con su activismo antigordofobia. Desde el año 2022, publican un directorio a nivel mundial de profesionales con perspectiva no centrada en el peso, y recientemente han elaborado un “Decálogo por el buen trato de las personas gordas en el ámbito de la salud” (2023).

6. El papel de la sociedad de consumo en el mantenimiento de los estereotipos de género

“Las mujeres han dejado de hacer actividades por cómo se sienten con sus cuerpos. La industria de la belleza, moda y dieta está encargada de hacernos sentir insuficientes e incompletas. La inseguridad de las mujeres se traduce en su rentabilidad. Esto es violencia simbólica, violencia invisible que forma parte de los fundamentos de la violencia de género. El prototipo de ideal se nos presenta como norma y cuando la interiorizamos solo lleva a la objetivación, a la inseguridad y al incremento de la insatisfacción corporal de las mujeres convirtiéndose en una auténtica epidemia, a pesar de que no se llegue a manifestar un trastorno alimentario.”

La rebelión del cuerpo (2023). Contra los estereotipos.

Dada la importancia del proceso de socialización y los dos grandes ejes que vertebran la presencia de determinados estereotipos y roles de género en las mujeres (patriarcado y capitalismo), se hace necesario centrarnos en la perspectiva sociocultural para comprender por qué los trastornos alimentarios tienen su mayor auge en la sociedad occidental actual y en las mujeres (Figura I.9). Precisamente, a finales del siglo XX, se consolida la imagen corporal como un valor de la sociedad occidental, y es cuando la belleza, el atractivo físico y el culto al cuerpo se convierten en un modo de vida, principalmente para las mujeres. Dichos valores forman parte de la violencia simbólica, invisible y naturalizada socialmente y se transmiten desde los distintos agentes sociales de referencia (medios de comunicación analógicos y digitales e industria audiovisual), de pertenencia (familia, grupos iguales, parejas, profesorado, compañeras/os escolares/laborales o profesionales de la salud) y de referencia/ pertenencia, según para qué se use y con quién se interaccione (redes sociales). La exposición repetida a estos mensajes sexistas hace que las mujeres interioricen estos mensajes dañinos (p. ej., delgadez, dietas o cultura del estilo de vida saludable), lo que acaba repercutiendo en su baja autoestima, insatisfacción corporal, desórdenes alimentarios y, en los casos de mayor malestar, en trastornos alimentarios. En esta línea, Chollet (2012) apunta que la anorexia es un desorden cultural, dado que no cons-

tituye una ruptura, sino una continuidad respecto de lo que viven el conjunto de mujeres. Así, es frecuente en las mujeres de nuestra sociedad obsesionarse con el peso, el miedo a engordar, llevar a cabo dietas, prohibirse ciertos alimentos o querer estar delgadas.

Figura I.9. Perspectiva sociocultural, género y trastornos alimentarios



Las fuentes de referencia capturan la visión que la sociedad tiene sobre las mujeres y la amplifican. Así, el esquema de modelos estéticos dominantes es difundido por la publicidad sexista directa, pero también por la indirecta a través del cine, la televisión, la música, la fotografía o, recientemente, influencers de redes sociales (violencia mediática). Desde estos canales se muestran modelos de mujeres con medidas extremas de delgadez, sin diversidad corporal y, en muchos casos, irreales, creando iconos que se convierten en modo de ganarse la vida. Chollet (2012) señala que uno de los grandes éxitos del mundo de la moda- belleza es haber transformado la alineación en competencia; el marketing, en su dimensión simplificadora, manipuladora e infantilizante, logra inhibir y tranquilizar al sujeto destinatario. La autora concluye que la industria de la moda y la belleza oprime a las mujeres tratando de hacerles creer que su bienestar debe coincidir con las expectativas de sus negocios.

Los mensajes van cambiando al mismo tiempo que los modelos sociales ideales, proporcionando indicaciones de cómo obtener el cuerpo anhelado. Se producen mensajes falsos y se desinforma. bell hooks (1994; p.51) ya planteaba cómo estos mensajes se dan en la vida personal y a través de los medios

de comunicación: “Cuando este apego a la desinformación, este consumo cultural y colectivo de información errónea, se combina con capas y capas de mentiras dichas por cada cual, en su vida personal, nuestra capacidad de afrontar la realidad se ve drásticamente menoscabada, así como nuestra voluntad de intervenir y cambiar las circunstancias injustas.” Se presentan los cuerpos ideales (estereotipados) del momento y se aporta información sobre cómo obtenerlos. Los cuerpos de las mujeres continúan siendo cosificados y se instaaura el mensaje de que se puede esculpir o modelar, responsabilizando a las mujeres de la apariencia de su cuerpo. El mensaje implícito actual es que la imagen y la forma del cuerpo es modificable y controlable. Esta idea falsa de control del cuerpo (esculturación del cuerpo) hace que se considere accesible alcanzar el ideal corporal, incluido el peso corporal, y que se produzca culpabilización por parte de la sociedad y también autoculpabilización en aquellas personas con cuerpos no normativos (p. ej. por peso, por raza o por edad) (Calado, 2011).

Estos mensajes debilitan psicológicamente y fomentan una autoestima baja con la finalidad de conseguir mayores índices de consumo. El miedo que tienen las mujeres a no ser aceptadas por no encajar en el ideal corporal vigente, símbolo de éxito, nutre la cartera de diversas industrias de nuestra sociedad. Así, la autoestima baja y la insatisfacción corporal generan una serie de comportamientos consumistas relacionados con productos que prometen soluciones mágicas asociadas a aquellos aspectos que más preocupan en función del ideal corporal. Estas preocupaciones se traducen, por tanto, en comportamientos vinculados a alcanzar el ideal corporal; comportamientos cada vez más peligrosos e invasivos como el uso del bótox o cirugía estética. Sería lo que Wolf (1991) denomina como el tercer turno laboral en el caso de las mujeres. Por tanto, para la sociedad capitalista que se lucra con los miedos e inseguridades de las mujeres, es funcional que esta realidad no cambie. Esta sociedad nos prefiere insuficientes, inadecuadas, inseguras y distraídas, invirtiendo nuestros recursos en “arreglarnos”. Tal y como afirma Yolanda Domínguez (2024), recibimos multitud de mensajes que nos invitan a gastar, pero ninguno que nos advierta de la necesidad de gestión económica y del ahorro.

Calado (2011) resume de esta manera las presiones de la sociedad occidental actual sobre la implicación de los estereotipos de género en el desarrollo de los malestares de las mujeres vinculados a una imagen corporal negativa, baja autoestima y trastornos alimentarios:

Entre los factores socioculturales que influyen en la imagen corporal insatisfactoria de las mujeres, se encuentran las representaciones corporales ideales estereotipadas que se transmiten en nuestra sociedad; donde la delgadez desempeña un papel importante para delimitar qué cuerpos de las mujeres son normativos y no normativos. De esta forma, los estereotipos de género en general y del ideal corporal en particular que se transmiten como generalizaciones incompletas y falsas que condicionan nuestra manera de ver el mundo y de interactuar en él. Cuando a esto se suma al hecho de que se percibe que la imagen corporal ideal irreal es alcanzable, que el cuerpo se puede esculpir para que esté dentro de los cánones de belleza y que tener un determinado cuerpo se asocia al éxito, nos encontramos con los ingredientes necesarios para llevar a cabo determinados comportamientos dañinos y consumir indiscriminadamente productos que prometen llegar a conseguir ese ideal.

Por tanto, recibimos socialmente una serie de inputs, en los que, para las mujeres, su aspecto físico debe resultar bello, cosificándolas. El concepto de belleza de nuestra cultura actual presiona a las mujeres hacia la delgadez y, a su vez, se estigmatiza la gordura. Los inputs sociales hacen pensar que se está siempre defectuosa porque no se es perfecta, generando la necesidad de cambiar para no sentirse rechazada. Se instaaura el mensaje de control del cuerpo; el defecto se puede cambiar o esconder. En muchas ocasiones, se actúa contra la naturaleza del propio cuerpo, modificando, parte a parte de nuestro cuerpo (fragmentándolo) y generando rechazo y odio hacia él.

En definitiva, el culto a la belleza y el control del cuerpo de las mujeres responde a criterios mercantilistas más que a modelos de salud y bienestar. De hecho, las multimillonarias industrias (farmacéuticas, alimenticias y dietéticas, cosméticas y estéticas, moda, pornografía y prostitución)

se alimentan del mito de la belleza, delgadez y juventud: del rol de la mujer como objeto. Dicho contexto genera las condiciones para que esté presente una baja autoestima e insatisfacción corporal en las mujeres, lo que genera la condición necesaria para que sitúen la obtención de estos ideales corporales en el centro de sus vidas. Nos encontramos, por tanto, con un nicho de mercado al que vender eternamente productos y servicios, haciéndoles creer que, si los consumen, tendrán ese cuerpo esbelto que se posee por genética.

Se patologiza la gordura, estigmatizando el peso, porque resulta un gran negocio, dado que más de la mitad de la población mundial, desde una perspectiva centrada en el peso, cae en los rangos de “sobrepeso” u “obesidad” cuando se evalúan por medio del IMC. Así, el negocio de la pérdida de peso es una mina de oro.

Calado (2011) aborda ampliamente las discriminaciones sociales que son la raíz de la violencia simbólica hacia las mujeres de nuestra sociedad (Figura I.10).



7. Falta de libertad y pirámide de la violencia

“Quienes escriben sobre el trauma de la violencia de género la describen principalmente como un único hecho o relación espantosos y excepcionales, como si de repente se cayeran al agua; pero ¿qué ocurre si alguien nada en ella toda su vida sin que haya tierra firme a la vista?”

Solnit (2021) Relatos de mi inexistencia

Mateo, Ayala, Pérez Arteaga y Gutiérrez (2004) ponen de manifiesto que las sociedades actuales funcionan como “patriarcados de consentimiento”, donde el consentimiento funciona como una coartada que oculta las presiones y los condicionamientos que llevan a las mujeres a elegir aquello que les perjudica. Las mujeres ya no son tratadas como menores de edad tutorizadas por el padre o el marido, sino que son los discursos dominantes los que las llevan a aceptar lo supestandamente deseable, empoderante o accesible, pero dichos discursos tienen una finalidad mercantilista. En este contexto social, se invoca la libertad de las mujeres como coartada de la opresión que ejercen los medios de comunicación: violencia mediática. Tal y como apunta Domínguez (2021; pp. 264-565):

“La forma en la que los medios están ejerciendo su libertad (utilizando estereotipos caducos e injustos) está restringiendo la libertad del público. La libertad está restringiendo la posibilidad de elegir. Quienes generan estereotipos tienen muchas opciones a la hora de crear sus imágenes, pero el público no tiene ninguna elección si todas son prácticamente iguales”.

bell hooks (2000) apunta otro elemento de falta de libertad en la sociedad actual y es que considera que cuando las mujeres trabajamos para ganar dinero para consumir más, en lugar de mejorar la calidad de nuestras vidas, nuestra independencia económica no se relaciona con la libertad. Considera que es tan importante que las mujeres tengan empleo para salir de la pobreza como para pensar en disfrutar de una buena vida.

La realidad nos muestra que los esfuerzos actuales resultan insuficientes para abordar la violencia simbólica invisible

naturalizada socialmente e interiorizada por las mujeres. Un abordaje integral requeriría tener en cuenta elementos intra-personales, interpersonales y estructurales que pueden estar presentes en los distintos tipos de violencia (Figura I.11). Es preciso hacer la reflexión de que, si bien se ha hablado de la violencia estética desde el punto de vista de la violencia simbólica (sin violencia física), también se da violencia estética con casos de violencia directa física que pueden acabar incluso con resultado de muerte para las mujeres o limitaciones de salud importantes: operaciones estéticas u otros tipos de comportamientos dañinos físicamente (p. ej., el mencionado blanqueamiento de la piel de las mujeres negras).



Los datos que ofrece la numerosísima literatura científica sobre los factores de riesgo implicados en el desarrollo de la insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios desde un punto de vista sociocultural están sobre la mesa desde hace décadas. Pero, a pesar de lo esclarecedor de los resultados, no han resultado movilizadores para reivindicar cambios sociales. El revulsivo que ha permitido comenzar a reclamar cambios sociales en los últimos años viene de la mano del potente movimiento antigordofobia y del feminismo, en el que, principalmente las mujeres con cuerpos no normativos, debido a las insoportables situaciones de opresión con las que han tenido que convivir, han descrito dichas situaciones de discriminación cotidianas.

Especialmente preocupantes resultan las situaciones de acoso escolar de las niñas de nuestra sociedad cuando sus cuerpos no se ajustan a lo normativo, pero también las si-

tuaciones vividas en las consultas médicas (violencia institucional), cuando las niñas acuden a una revisión pediátrica o las mujeres jóvenes acuden por un problema de salud y se encuentran con situaciones en las que no se aborda su motivo de consulta, sino su peso. También resultan preocupantes los mensajes misóginos (muchas veces vinculados a la imagen corporal) que reciben las mujeres cuando visualizan en internet ataques por parte de la manofera a otras mujeres (anónimas o con presencia pública). Esta violencia digital se está convirtiendo en un grave problema para las mujeres, dado que la brecha digital de género representa una nueva cara de desigualdad de género, los espacios en línea no son seguros para las mujeres ni las niñas, se produce hipersexualización de la infancia en la publicidad y explotación sexual de adolescentes en aplicaciones de las redes sociales como OnlyFans. Todas estas situaciones de violencia desnaturalizan y deshumanizan a las mujeres y las colocan en un lugar de inferioridad frente al hombre.

Por otro lado, actualmente, en las redes sociales, nos encontramos con profesionales de la salud, activistas e influencers con una perspectiva centrada en el peso muy insana. Se pueden observar una serie de pautas en aquellos contenidos de influencers o profesionales de la salud con intervenciones centradas en el peso en las redes sociales que promueven la insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios con el objetivo de hacer negocio con las inseguridades corporales:

- Los *Glow Ups* cuando se muestran fotos del antes y después de los cuerpos. Asocian pérdida de peso con éxito, salud, disciplina o “ser tu mejor versión”. No muestran lo que implicó llegar a eso, las conductas alimentarias de riesgo presentes, el fracaso de las dietas a corto/largo plazo y la mentalidad de dieta que afecta a la salud mental. Invisibilizan y discriminan la diversidad corporal.
- Se lucran con la insatisfacción corporal. Venden planes de alimentación, retos, rutinas de ejercicio y productos o artículos para perder peso.
- Los retos de la alimentación y el ejercicio de moda ponen en riesgo la salud física y mental. Venden el mismo plan de alimentación, el mismo plan de ejercicio y en oca-

siones el mismo suplemento a muchas personas de forma simultánea. Además, el reto incluye, normalmente, algún tipo de producto por el que quien promueve el reto cobra una comisión. Quienes promueven estas prácticas no buscan salud, sino dinero.

Desde la ONU (2023) se apunta que se observa un retroceso patriarcal por las situaciones de ataque y señalamiento en internet. En este sentido, Sosa, Galarza y Ranea (2024) reflexionan sobre la importancia de las redes sociales en la violencia de género:

- Las redes sociales juegan un importante papel en la identidad adolescente. Así, durante la adolescencia se interactúa con las redes sociales por diversos motivos: buscar sociabilidad y ocio, buscar información, compartir contenidos personales y comunicarse con los demás.
- Las redes sociales replican las normas de género y las estructuras de poder tradicionales: la tecnología no es neutral, sino que las redes sociales reflejan, manifiestan y amplifican las dinámicas de poder y las jerarquías de género fuera de línea donde la masculinidad hegemónica busca afirmarse.
- El orden de género se virtualiza a través de plataformas, redes, aplicaciones o foros.
- Los entornos virtuales deben ser analizados como espacios sociales caracterizados por la desigualdad de género.

Violencia simbólica, violencia mediática, violencia digital, violencia estética o violencia institucional son conceptos que se han planteado a lo largo de este trabajo, abordando la influencia de los roles y estereotipos de género en las mujeres de nuestra sociedad en los trastornos alimentarios, pero también analizando cómo impacta en mayor medida en las mujeres con cuerpos no normativos (debido a que se producen más situaciones de opresión y discriminación), sobre todo en función del peso, dado el importante papel del estigma del peso. Las vivencias de las mujeres están llenas de situaciones de desigualdad y violencia. Las

mujeres convivimos con violencias sutiles en nuestro día a día cotidiano: en los medios de comunicación e industria audiovisual amplificados en las redes sociales. Pero también en nuestra convivencia directa con nuestras familias, parejas, grupo de iguales, profesorado, profesionales médicos. Todo ello en diversos ambientes: médico, educativo o laboral. Por tanto, el cambio, la transformación social, no puede ser en un único frente ni en un único nivel.

- Desde un punto de vista psicologicista, debe trabajarse en tratamientos más respetuosos con las mujeres de todas las formas y tallas corporales e intervenciones con peso neutro.

- Desde un punto de vista estructural, es preciso abordar desde una perspectiva interdisciplinar y colaborativa los cambios estructurales necesarios.

8. Imagen corporal positiva: bienestar social, físico y emocional

“Alentemos a nuestras pacientes a ver la salud de manera integral, más allá de los números en la báscula. Es nuestra labor ayudarlas a desarrollar una relación saludable con la comida y su cuerpo, enfocándonos en el bienestar social, físico y emocional. Como profesionales de la salud es importante fomentar una perspectiva holística de la salud y el bienestar en nuestras pacientes: brindando educación, fomentando el autocuidado, promoviendo el autoconocimiento, enfatizando la diversidad corporal y proporcionando apoyo”.

Instagram Nutriológicas (2023)

Las mujeres, a lo largo de la historia, han estado excluidas de las posiciones de poder en todos los ámbitos de la sociedad, y la salud no es una excepción. El punto de vista masculino ha invisibilizado, confundido y minimizado la investigación, el diagnóstico o rehabilitación de los síntomas de las mujeres, lo que ha acarreado importantes consecuencias negativas en la salud mental de las mujeres (Instituto de las Mujeres, 2021). Muchas veces, las dolencias de las mujeres han sido relegadas a quejas psicológicas o psicosomáticas (Valls, 2020). Las consecuencias de esta postura androcentrista en la salud han destapado que es preciso que en la salud mental se adopte una perspectiva de género inclusiva.

Por otro lado, los niveles de salud están determinados por las estructuras sociales de desigualdad de género, como se observa en los trastornos alimentarios más frecuentes en mujeres. La atención que se ofrece lleva a que se cronifiquen los malestares de las mujeres porque la respuesta más habitual es el tratamiento farmacológico, sin tener muy en cuenta el contexto social en el que se vive, ni las circunstancias vitales de cada mujer (Instituto de las Mujeres, 2021). Es decir, se obvian las diferentes situaciones y experiencias de las mujeres que las llevan a distintos malestares.

Es necesario que, en los tratamientos, las mujeres lleguen a tomar un papel activo en la toma de decisiones y que sus perspectivas y experiencias sean tenidas en cuenta en todos

los ámbitos. Para ser tratadas con igualdad, las mujeres han de ser reconocidas en sus diferencias, para defender los derechos a la vida con calidad. Valls (2022) plantea que se deberá construir la ciencia de las diferencias y desigualdades, tanto en la investigación como en la docencia dentro de todas las especialidades de las ciencias de la salud. Esto no es solo una cuestión ideológica de justicia e igualdad con perspectiva de género e interseccional, sino que dichas condiciones redundarán en una mayor calidad y mejora del ámbito de la salud. Si bien el enfoque interseccional supone una mirada respaldada por una enorme potencia teórica, ha sido poco explorada y se presenta como un desafío en su aplicación en investigación.

En el ámbito de los trastornos alimentarios, la cuestión más estudiada sobre interseccionalidad en mujeres con cuerpos no normativos es el estigma del peso. Para superar el estigma del peso Nutter et al (2024) recomiendan a los/as profesionales de la salud que no adopten una perspectiva pesocentrista:

- No usar lenguaje ni imágenes estigmatizantes.
- Distinguir entre tamaño corporal y obesidad para reducir la asociación de salud con peso y tamaño.
- Promover enfoques basados en los derechos humanos para abordar el estigma y la discriminación relacionados con el peso.
- Incrementar la evidencia científica.
- Utilizar un lenguaje centrado en la persona. Tener en cuenta las preferencias lingüísticas individuales. El lenguaje es dinámico y no existe una terminología universalmente preferida para referirse al peso. Las personas con mayor peso corporal tienen sus propias creencias con respecto a los términos basados en el peso y pueden tener preferencias personales en el uso del lenguaje (p. ej., grasa, cuerpo más grande y mayor peso). Solicitar y respetar las preferencias individuales es fundamental para brindar una atención centrada en la persona.

- Intervenciones de promoción de salud con peso neutro.
- Crear conciencia sobre estigma del peso.
- Participar en esfuerzos legislativos y políticos para reducir el estigma del peso.

Se observan resultados positivos del impacto de la atención médica neutra en cuanto al peso en parámetros psicológicos y conductuales. Así, Tingle, Saunders, Nutter y Russell-Mayhew (2023) destacan que los enfoques de peso neutro enfatizan la mejora de las relaciones de las personas con la comida y priorizan el bienestar físico y emocional sobre la búsqueda de un peso más bajo, además de apoyar la reducción del estigma del peso que experimentan las personas con cuerpos más grandes. Una vez más, la clave está en centrarse en parámetros de salud y no en el peso corporal. Porque el sesgo de peso de las/os profesionales de la salud y el estigma del peso interiorizado de las pacientes tienen un impacto negativo en su salud mental y física. El modelo médico centrado en el peso no da protección contra este sesgo y, de hecho, a menudo lo respalda y lo defiende.

Se impone, por tanto, que los/as profesionales de la salud dejen de adoptar una perspectiva pesocentrista, dejen de atender en sus tratamientos al peso corporal. Tienen que formarse e interiorizar los datos de la realidad científica dejando de lado prejuicios asociados al peso. Tal y como se ha constatado, el peso está determinado por un conjunto complejo e interconectado de factores, incluidos determinantes de la salud biológicos (p. ej., genética, epigenética, factores psicológicos y hormonas), sociales (p. ej., ingresos, educación, situación laboral o acceso a la atención médica), prácticas de la industria alimentaria (p. ej., marketing de alimentos y lobby), acceso a oportunidades para la actividad física y experiencias vividas con otras formas de estigmatización (Nutter, et al., 2024).

El equipo de trabajo de Nutriológicas de México (2023), puntero en trabajo en diversidad corporal y alimentación respetuosa, ha propuesto medidas de progreso en la consulta de nutrición con un abordaje de peso neutro (no centrado en el peso):

1. Exámenes clínicos

- Mejoras en el perfil bioquímico (colesterol, triglicéridos, glucosa, función renal o función hepática).
- Mejoras en la presión arterial.
- Mejoras en los marcadores de inflamación.
- Mejoras en los niveles de vitaminas y minerales en sangre.

3. Medicamentos

- Tomas tus medicamentos adecuadamente y te sientes mejor

2. Mejoras en el humor y el sueño

- Menos estrés alrededor de la alimentación.
- Menos preocupación alrededor de la alimentación y experiencias más placenteras.
- Mejor calidad del sueño.
- Mejor humor general.
- Mejor capacidad de concentración.
- Mejores niveles de alerta y energía durante el día.

4. Mindfulness

- Mayor consciencia corporal.
- Mayor consciencia emocional.
- Mayor capacidad de identificar diferentes niveles de hambre y saciedad.
- Se exploran sentimientos sin juicios y con curiosidad

El movimiento de Salud en Todas las Tallas (Health At Every Size) ha sido pionero en los tratamientos en trastornos alimentarios que se adaptan a las necesidades de cada paciente. Dichos tratamientos surgen en Estados Unidos en la década de los 90 del siglo XX, adoptando una visión respetuosa y de diversidad corporal con prácticas sostenibles que responden al bienestar individual. Se lucha por la aceptación y normalización de todos los cuerpos, ya que todos los cuerpos son normales y quieren aceptación y respeto. Se promueve, por tanto, la diversidad corporal, poniendo el foco en la justicia social y en dismantelar los sistemas de opresión corporal. El autocuidado integra muchas dimensiones:

- Dejan a un lado la visión de la cultura de la dieta, del estilo de vida saludable con la comida y el ejercicio físico y no se centra solo en hábitos personales.
- El ejercicio y el movimiento pasan de adoptarse como un método para perder peso a adoptarse por sus beneficios, ya que mejora la capacidad aeróbica, la resistencia y la fuerza, el bienestar, la salud metabólica y puede emocionarnos. Por ello, es necesario practicar ejercicio para disfrutar y no para quemar calorías. Hacer aquel ejercicio

que haga sentir bien a cada persona, sin tener en mente la pérdida de peso.

- Se busca conectar con el cuerpo, no ser dependiente de medicamentos, suplementos, alimentos, comportamientos o patrones que no se deben mantener.
- La noción de salud se construye individualmente y de acuerdo a las necesidades de cada persona; no es una visión metabólica desconectada de la realidad y del contexto de cada persona.
- Comer lo suficiente es un derecho humano básico. Y es que cuando se quita el peso del centro, cuando no se tiene la pérdida de peso como el objetivo, las mejorías en hábitos de alimentación fluyen mucho más fácilmente y con cambios sostenibles que permiten mejorar la salud.

En esta línea, el Instituto de las Mujeres (2021) plantea, además, las siguientes cuestiones que se han de tener en cuenta en un tratamiento eficaz en salud mental:

- Las/os profesionales tienen que ser conscientes del papel que tiene en la salud mental la educación que se ha recibido, la interiorización de valores y normas sociales, así como de las condiciones de nuestra vida, los roles que desempeñamos y las presiones que existen sobre las mujeres.
- Trato no proteccionista ni autoritario, utilizando un lenguaje que resulte comprensible a las mujeres que acuden a terapia y que ayude a sentir confianza.
- Derecho a ser informada sobre el tipo de ayuda que se va a llevar a cabo y, si es privada, de lo que costará.

El trabajo llevado a cabo en la actualidad en prevención de la obesidad también se ha visto influido por el estigma del peso presente en la sociedad. Cabe apuntar lo dañinas que resultan las campañas escolares sobre prevención de la obesidad, desactualizadas: con perspectiva pesocentrista. Campañas en los colegios con niños/as y adolescentes que resultan claramente estigmatizantes en cuanto al peso.

Estas acciones pueden hacer que algunas/os escolares que participan en dichos programas puedan sentirse mal con sus cuerpos debido a los mensajes de control del peso. Incluso pueden llegar a potenciar los comportamientos de bullying con respecto al peso por parte de compañeros/as. Pero, además, el profesorado de los centros escolares que pueda estar presente en algunas de estas intervenciones puede nutrirse de dichos mensajes pesocentristas e interactuar, posteriormente, de forma inadecuada con el alumnado con cuerpo no normativo o no poner límites a los comentarios que juzgan el cuerpo del alumnado.

También en este ámbito, es necesario pasar de un enfoque centrado en el peso a un enfoque centrado en la salud. En esta línea, Tingle, Saunders, Nutter y Russel Mayhew (2023) consideran que el discurso sobre la salud en las escuelas debe considerar al alumnado de todos los tamaños, así como las complejidades de la relación que los individuos desarrollan con sus cuerpos. Un enfoque integral de salud escolar es fundamental para garantizar el bienestar de alumnado y profesorado. Mahon et al. (2023) apuntan que es necesario llevar a cabo campañas preventivas de los trastornos alimentarios exitosas centradas en aquellos factores de riesgo relacionados con la imagen corporal: interiorización del ideal corporal y las comparaciones de apariencia, que median la relación con las presiones socioculturales de apariencia (p. ej., redes sociales, pares, familia) y el desarrollo de preocupaciones sobre la imagen corporal. Trabajando la disonancia cognitiva con actividades que fomenten el pensamiento crítico sobre los ideales corporales poco realistas presentes en nuestra sociedad. Estos trabajos preventivos muestran una reducción de la interiorización del ideal corporal y la comparación con estos ideales, lo que conlleva reducir la insatisfacción corporal de los/as adolescentes que participan.

9. Justicia social y derechos humanos. Una sociedad sin violencia de género estructural

“El aumento imparable de personas afectadas por un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) hace necesario articular medidas desde otros puntos de vista al estrictamente sanitario. La enfermedad se ha convertido en un fenómeno social y cultural. La exaltación del culto al cuerpo, con el estereotipo de la extrema delgadez asociada a belleza y éxito, está provocando que especialmente los jóvenes, traten de conseguir una imagen que, en muchos casos, puede llegar a dañar su salud, por lo que es preciso que se produzca una reordenación de los valores. De este modo, la lucha contra esta enfermedad social requiere también de medidas de carácter legal, que impidan que la misma siga avanzando”.

Purificación Cremades (2018)

La Agenda 2030 constituye el marco general de las políticas nacionales, subnacionales, de todos los niveles de gobierno y a todos los sectores de la sociedad con el que España está comprometida (Federación de Mujeres Jóvenes, 2022). En la Agenda 2030 de la ONU para el desarrollo sostenible se plantean dos objetivos sobre los que hay que trabajar en la promoción de la salud relacionada con los trastornos alimentarios. El objetivo 3, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas y en todas las edades, y el objetivo 5, que pone de manifiesto la necesidad de lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas, siendo uno de los temas prioritarios la violencia que se ejerce sobre las mujeres.

En esta línea, la erradicación de la violencia contra las mujeres es un objetivo declarado de la Unión Europea y sus Estados miembros. Este organismo lleva a cabo la Encuesta Europea de Violencia de Género (EEVG, Ministerio de Igualdad, 2022). La EEVG proporciona datos sobre violencia contra las mujeres y de distintos tipos (violencia en la pareja, violencia fuera del ámbito de la pareja, violencia doméstica, acoso sexual en el trabajo, acoso reiterado y violencia en la infancia). Sin duda, los resultados resultan preocupantes

dado que muestran que en España el 28,7% de las mujeres (4.806.054 mujeres) han sido víctima de algún tipo de violencia en la pareja o expareja.

Pero los datos obtenidos a través de las encuestas solo muestran una pequeña parte de la violencia que sufren las mujeres en nuestra sociedad. Los datos solo recogen la violencia de género revelada de las mujeres residentes en España de 16 a 74 años por parejas o exparejas. Sin embargo, la violencia de género que se ejerce sobre las mujeres no se refiere solo a la violencia física o psicológica de parejas y exparejas. La violencia de género ocurre a lo largo de un continuo, conectando distintas formas de violencia: física, psicológica, sexual, económica, social y simbólica. Estas violencias ocurren en la vida de las mujeres online y offline, ya que ambas esferas están interconectadas en las sociedades de la información (Sosa, Galarza y Ranea, 2024). Así, tal y como hemos puesto de manifiesto, la violencia simbólica incluye las experiencias de las mujeres vinculadas a los estereotipos y roles de género sociales que, en muchas ocasiones, son difíciles de identificar y de las que no tenemos estadísticas. Se trata de una violencia estructural en la que se presenta como base la cultura de patriarcado y capitalista. Esta opresión estructural alude a patrones de discriminación que se encuentran en estructuras y sistemas sociales muy amplios. Estos patrones pueden no ser evidentes a simple vista y pueden no afectar a todas las personas de la misma manera. Tal y como apuntan Mateo et al. (2004; p. 30):

“La violencia también es un uso deshonesto y oportunista de poder sobre otra persona, un conjunto de comportamientos, a veces institucionalizados, de alguien que utiliza abusivamente su poder para lograr dominio y control sobre otra persona o para obligarla a hacer algo que ella no quiere. La violencia quita a la víctima poder personal, anulándola, forzándola, humillándola, limitándola..., y busca someterla o lograr su obediencia provocándole daño físico y/o moral al atentar contra su cuerpo, mente, autonomía, dignidad, privacidad o libertad. Según entre quienes se dé, la violencia se manifiesta de una u otra manera, lo que nos hace hablar de distintos tipos de hechos violentos. En muchas ocasiones el comportamiento violento se nutre de presiones, humillaciones y juegos psicológicos que aca-

ban por coaccionar y minar al más débil de la relación; entonces hablamos de violencia psicológica, cuyos efectos son tan nefastos o más que los de la violencia física.”

Sin embargo, no tenemos actualmente un marco para estas violencias sutiles, difíciles de detectar, con las que conviven día a día las mujeres. Además, es minoritario el reconocimiento por parte de los organismos internacionales de la violencia sistémica estructural simbólica que vivimos las mujeres en la sociedad actual. Todo ello, a pesar de que ya fue descrita por Bourdieu en 1977, definiendo la violencia simbólica como una forma de violencia que mantiene o restablece un orden social jerárquico, un esquema de poder asimétrico. Este tipo de violencia de género no se impone por la fuerza, sino que se produce una sumisión deliberada libre y voluntaria de las mujeres (Sosa y Grosso, 2018). La dominación masculina con su consecuente sumisión femenina representa la violencia simbólica por excelencia, donde se da la espontaneidad y la imposición a la vez debido a que esta sumisión se transmite de forma duradera por los diferentes agentes de socialización de referencia y pertenencia, por lo que se naturaliza y no se cuestiona.

Sosa y Grosso (2018) recogen cómo se percibe esta impronta en los cuerpos cuando hablamos de estereotipos de género y violencia, naturalizando un actuar, un vestir y un decir que aparecen como consentidos por el dominado. Estas autoras consideran que hay dos elementos claves para legislar sobre la violencia de género y las estructuras patriarcales:

- El poder simbólico en los cuerpos y los discursos que sostienen el orden de género.
- Los agentes sociales que emiten los discursos revisten el poder simbólico.

Dando un paso más, Sosa y Grosso (2018) ponen de manifiesto que para tomar medidas legales que permitan **transformaciones sociales en la violencia simbólica** que viven las mujeres en nuestra sociedad es necesario asumir que:

- Existe una obligación estatal de prevenir y sancionar la violencia donde sea que esta ocurra e independiente-

mente de si ha sido cometida por agentes del estado o individuos privados.

- Es necesario modificar los patrones socioculturales, los prejuicios y las prácticas basadas en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

Se cuenta con declaraciones internacionales en la que encaja la violencia sistémica:

- **CEDAW (ONU)** insta, en su artículo 5, a modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres para eliminar los prejuicios y las prácticas basadas en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

- **Convención Belém do Pará (OEA)** recoge, en el artículo 6 de la “Norma Marco para la democracia paritaria” (Parlatino), que es necesario reconocer el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación, llevando a cabo recomendaciones sobre medios de comunicación, redes sociales, industria audiovisual y todos aquellos instrumentos sobre los que existe la necesidad de eliminar los patrones estereotipados de nuestra cultura y se hace hincapié en el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencias.

¿Es posible acogernos, en el futuro, a alguna figura que exista actualmente en España para acotar estas situaciones de violencia? Simón (2021) define el **daño social** para los delitos de violencia de género de las mujeres como aquellos efectos experimentados por una víctima en sus relaciones familiares y/o sociales como consecuencia de un evento traumático, donde tales efectos están asociados a la resonancia de dicho suceso en las nuevas condiciones sociales y posición en ella de la persona afectada, respecto a su contexto y mapa relacional anterior: aspectos vinculados con la construcción social de la persona (dimensión subjetiva del daño) y mapa relacional en que este se encuentra inserta la persona (dimensión objetiva). Considera que se produce un trauma en base a la ocurrencia de causas externas en quien lo padece.

En el **daño social** estarían afectadas diferentes esferas (familiar, laboral, económica, social y/o recreativa) en las que ha sido generado a consecuencia de una vivencia traumática. Se recoge la historia de la persona víctima de violencia de género en este sentido. Destaca dos tipos de daño:

- **Daño de las creencias básicas de las personas.** Estas vivencian el mundo como un lugar seguro y con sentido, y el impacto del trauma interfiere y erosiona esta creencia, afectando la confiabilidad, la relación con los otros y también la percepción de la persona sobre su dignidad.
- **Daño en las creencias básicas según la cultura de partida.** Aquí se produce un estigma social cuando, en el imaginario social o más cercano a la víctima, se le responsabiliza presuponiendo que algo hubo de hacer, algún tipo de participación activa tuvo que tener para haber sido violentada. Se considera a la persona afectada como portadora de una marca de la que no se puede librar o siendo rechazada en su medio social sin reconocimiento institucional o social.

Es necesario en trabajos futuros explorar si el concepto de daño social aplicado para la violencia de género con parejas o exparejas puede resultar útil para la violencia estructural, evidenciando y erradicando la violencia contra las mujeres fuera del plano individual y llevándolo al social. Este enfoque tendría numerosas implicaciones también prácticas porque sería necesario llevar a cabo intervenciones en aquellos colectivos que causan dicho daño social, tanto en agentes de referencia como de pertenencia. Hasta el momento, a pesar de la numerosa evidencia que prueba la presión y relación de los agentes sociales con la imagen corporal y la alimentación, sorprende la escasa iniciativa nacional e internacional para llevar a cabo intervenciones que permitan un cambio en las actitudes y comportamientos de los individuos en pro de una sociedad más sana y menos violenta. No nos encontramos con falta de conciencia sobre la opresión que viven las mujeres y cómo impacta dicha violencia; nos encontramos con falta de alternativas para enfrentarse a ella. Por otro lado, mientras que se aporta evidencia de las intervenciones a nivel individual, la evidencia sobre las intervenciones políticas llevadas a cabo en nuestro país que pueden incidir sobre la salud mental vinculada a la imagen corporal es muy irregular.

De hecho, los esfuerzos efectuados en España con respecto a la promoción de una imagen corporal positiva han sido dispersos y débiles, sobre todo cuando se compara la maquinaria con la que cuentan los diferentes agentes sociales que se lucran de las inseguridades de las mujeres para contrarrestar estas intervenciones ocasionales. La industria que gira en torno al mercado del cuerpo no encuentra trabas para difundir su publicidad directa e indirecta; publicidad que tanto daño está haciendo y hará si no se ponen límites.

Cremades (2018) lleva a cabo una revisión de la legislación, en nuestro país sobre trastornos alimentarios con una perspectiva feminista (recogida en la Federación de Mujeres Jóvenes, 2022):

- **Artículo 43 de la Constitución Española** reconoce el derecho a la protección de la salud, donde los poderes públicos, deben tomar medidas preventivas necesarias y el fomento de un estilo de vida saludable, lo que implica, entre otros, prevenir y fomentar unos hábitos alimentarios y de relación con el cuerpo a toda la sociedad que promuevan el mayor estado de salud posible.
- **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género** considera como publicidad ilícita los anuncios que presentan a las mujeres de forma vejatoria o discriminatoria, ya sea utilizando su cuerpo o partes de este como mero objeto desvinculado del producto que se pretende promocionar, o ya sea asociando su imagen a conductas estereotipadas de género.
- **Artículo 6.2 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres**, donde se recoge que se deben aplicar las medidas pertinentes para alcanzar el objetivo de igualdad entre mujeres y hombres y eliminar la discriminación por razón de sexo del Plan de Estratégico de Igualdad de Oportunidades. La autora recoge la relación de este artículo con los trastornos alimentarios, dado que los cánones de belleza para las mujeres y niñas las sitúan en una posición discriminatoria, no solo por ser consideradas como objetos sexuales, sino también al mostrar un imaginario de mujer perfecta, extremadamente delgada o modificada corporalmente

según el canon de belleza de moda. Estos estereotipos y roles de género asignados a las mujeres atentan contra su salud y su dignidad.

- **Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de Comunicación Audiovisual, recoge en el artículo 7** dentro de los derechos del menor la prohibición de la “emisión de contenidos audiovisuales que puedan perjudicar seriamente el desarrollo físico, mental o moral de los menores y aquellos programas que incluyan escenas de pornografía, maltrato, violencia de género o violencia gratuita”. En el artículo 7.2. se indica que tampoco se permite insertar comunicaciones comerciales que promuevan el culto al cuerpo y el rechazo a la autoimagen, tales como productos adelgazantes, intervenciones quirúrgicas o tratamientos de estética, que apelen al rechazo social por la condición física o al éxito debido a factores de peso o estética.

- **Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.** Es necesario promover mensajes de igualdad, solidaridad, diversidad y respeto, evitando la violencia, trato degradante y sexista, así como mensajes e imágenes que dañe a la infancia y adolescencia. Su aplicación implicaría evitar mensajes e imágenes que puedan promover la aparición de trastornos alimentarios u otro tipo de imágenes o mensajes que produzcan, directa o indirectamente, un rechazo del autoconcepto y de la propia imagen corporal.

- **Proposición no de Ley sobre la detección temprana de los trastornos de alimentación en las/ los menores de edad del 12 de diciembre de 2017 aprobada por la comisión de derechos de la Infancia y Adolescencia del Congreso de los Diputados.** Para ello, es necesario llevar a cabo protocolos de actuación, detección de trastornos alimentarios en las aulas y la promoción de campañas de prevención, sensibilización y concienciación debe realizarse con perspectiva feminista, incluyendo la toma de medidas contra las páginas web que incitan o promueven los trastornos alimentarios.

En la actualidad, cabe destacar dos documentos recientes que trabajan en la igualdad de mujeres y hombres en nuestro país:

- **Estrategia de Salud Mental recogida en el Plan de acción de salud mental 2022-2024 del Ministerio de Sanidad** que apunta como uno de los principios que lo sustenta la adopción del enfoque de género. Plantea en el punto 5.6 del Plan de Acción: “Desarrollo de acciones formativas para profesionales sanitarios en perspectiva de género y salud mental. Formar a profesionales de la salud en perspectiva de género y salud mental, permitiendo visibilizar la importancia y el impacto del enfoque de género en dicho ámbito, eliminando los sesgos en la valoración y atención sanitaria a mujeres.”

- **Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres en la Administración General del Estado y en sus Organismos Públicos (Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, 2022)** que recoge la agenda política en materia de igualdad para los próximos dos años (2022-2025). Esta agenda ha sido elaborada por el Ministerio de Igualdad a través del Instituto de la Mujeres siguiendo el mandato establecido en el artículo 17 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. En este documento, dentro de las violencias machistas, se recoge la violencia simbólica.

Finalmente, cabe destacar dos recientes leyes y normativas vinculadas al audiovisual:

1. Ley 13/2022, de 7 de julio, Ley General de Comunicación Audiovisual (LGCA). Conocida como “Ley de influencers”. La revolución tecnológica y los cambios en el comportamiento del consumidor son factores clave que han impulsado la necesidad de esta regulación. La Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC) de España ha identificado posibles malas prácticas en plataformas como Youtube, Twitch e Instagram. Por ello, se actualiza la regulación audiovisual ante la irrupción de nuevos agentes, la diversificación de formatos audiovisuales y la fragmentación de la audiencia, prestando especial atención a la protección de los/as menores. El incumplimiento de la normativa conlleva sanciones, desde multas de hasta un millón de euros hasta la retirada de licencias en casos más graves. Los/ las influencers con actividad profesional se consideran “prestadores de servicio de comunicación audiovisual”, asumiendo responsabilidades y obligaciones específicas. Los objetivos de la ley son:

- Regular la actividad de los/ las influencers según su perfil y características específicas.
- Proteger a los/ las menores de edad frente a contenidos inadecuados. Se prohíben contenidos perjudiciales para su desarrollo (escenas de violencia o pornografía).
- Salvaguardar a los consumidores y consumidoras mediante una regulación detallada de la publicidad. Los/as influencers tienen que informar del contenido publicitario, indicando si han recibido compensación económica, servicios o productos. La aplicación de la Ley abarcará todas las plataformas donde se generen contenidos, como YouTube o Twitch.

2. Reglamento de Ejecución (UE) 2023/1201 de la Comisión, de 21 de junio de 2023, sobre disposiciones detalladas para la realización de determinados procedimientos por parte de la Comisión de conformidad con el Reglamento (UE) 2022/2065 del Parlamento Europeo y del Consejo ('Ley de Servicios Digitales). Aplicable a plataformas con al menos 45 millones de usuarios/as activos/as mensuales como AliExpress, Amazon, AppStore de Apple, Bing, Booking, Facebook, Google Search, Google Play, Google Maps, Google Shopping, LinkedIn, Pinterest, Snapchat y YouTube. Los objetivos del reglamento son:

- Eliminar contenido inadecuado.
- En Inteligencia Artificial es necesario especificar que las imágenes son falsas cuando exista un riesgo para la salud física y mental.
- Explicar a usuarios/as el contenido publicitario y quién es su agente promotor.
- Prohibir publicidad personalizada a menores de edad.
- Informar de contenidos en base a perfil y dar opción a no hacerlo.
- Multas económicas si incumplimiento.

Actualmente, se está trabajando en España en:

- Limitar el acceso de la pornografía a menores. En la actualidad, el único control existente a menores de edad a páginas pornográficas es la contestación a una ventana emergente que pregunta al usuario o usuaria si tiene más de 18 años. Todavía no está en vigor, pero tres organismos están colaborando para su implementación: la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre (FNMT) y la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC). El DNI permite obtener un certificado digital de la FNMT protegido criptográficamente: sin datos personales que solo indica que el usuario o usuaria que quiere entrar en la página es mayor de 18 años. Para acceder a la página bloqueada, se escanea un código QR con el móvil, la app sería capaz de usar la información de ese código para otorgar el certificado necesario a la página web, que desbloquea el contenido al recibir la aprobación. Para el usuario/a adulto, eso significa que tendría que usar la app cada vez que quisiera entrar en una página pornográfica que forme parte de esta plataforma. Todas las páginas pornográficas estarían en la plataforma y aquellas que no se adhieran pueden ser multadas con importes de entre un 2% y un 3% de su facturación anual. La Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC) será la que decida y aplique los criterios para determinar a una página como 'pornográfica'.

Toda la legislación, normativa y planes expuestos permiten comprender que se están llevando a cabo políticas públicas que podrían permitir cambios en los estereotipos y roles de género de las mujeres a través de actuaciones sobre distintos agentes de socialización a medio y largo plazo. Sin embargo, es preciso que se dote de recursos para llevar a cabo estas leyes, normas o planes, así como para su seguimiento y evaluación. Todas estas medidas repercutirán en que se deje de tratar a las mujeres con el rol de objeto y aportar la perspectiva y realidad de las mujeres. Los planteamientos expuestos pretenden ser un punto de partida para movilizar aquellos esfuerzos que permitan encontrar soluciones efectivas en la promoción de una imagen corporal positiva; el desafío de llegar a conseguir una imagen corporal positiva en las mujeres de nuestra sociedad. Los valores asociados al patriarcado, al capitalismo y al individualismo deben cambiarse para que dejen de vulnerarse los principios democráticos de igualdad, libertad y justicia social en pro de los Derechos Humanos.

Metodología

2

Este proyecto de investigación de carácter exploratorio realiza un análisis en mujeres jóvenes con trastornos alimentarios, de:

- Las condiciones socioculturales de los agentes de socialización de referencia y pertenencia: medios de comunicación, redes sociales, industria audiovisual, profesionales salud, profesionales educación, familia o grupo de iguales entre otros.
- Vulnerabilidades individuales, fuertemente vinculadas con tener interiorizados los estereotipos de género y tratarse a una misma como un objeto, autocosificarse: conciencia sobre las redes sociales, pensamiento crítico hacia los medios de comunicación, interiorización de los prejuicios de peso y comparación social.

Se abordan cuestiones como:

- El tipo de trastorno alimentario que predomina entre las mujeres jóvenes que padecen un trastorno alimentario en España.
- Los factores de protección y de riesgo, la autopercepción de sus cuerpos.
- Las experiencias de discriminación y violencias corporales que padecen y si son capaces de percibir las en su vida cotidiana.
- La autoconciencia que tienen del fenómeno del sexismo, el estigma del peso y las discriminaciones corporales. Se entiende el sexismo como aquella expresión oral, escrita, gráfica o audiovisual que naturaliza las diferencias construidas social e históricamente entre los sexos, que justifica situaciones de desventaja y discriminación vinculadas a la imagen corporal de las mujeres en esta temática.
- Propuestas de transformaciones sociales.

Así mismo, este conocimiento podría redundar en nuevos contenidos para programas de prevención primaria con los que disminuir la vulnerabilidad de las mujeres, especialmente de chicas adolescentes, para desarrollar estos graves trastornos. También podría facilitar la identificación de la población más vulnerable y el desarrollo de un trabajo adecuado de prevención secundaria en aquellas mujeres con síntomas incipientes para disminuir la prevalencia de estos síntomas y, con ello, la posibilidad del agravamiento de la patología. Pero, además, este trabajo resulta innovador, dado que realiza propuestas sobre intervenciones en políticas públicas por parte de las instituciones, entidades y profesionales para minimizar los riesgos y contribuir, así, a que cada vez haya menos mujeres que crean que carecen de valor porque no se ajustan a los estándares poco realistas de la belleza fijados por nuestra cultura y difundidos por los diferentes agentes de socialización de referencia y de pertenencia. En definitiva, dichas propuestas buscarán cambios sociales que logren que las mujeres jóvenes vivan en una sociedad que les genere menos malestar. Una sociedad más saludable y diversa.

Por tanto, este trabajo nos permitirá reflexionar, con un enfoque transversal, sobre el análisis del sexismo en las mujeres jóvenes que padecen o han padecido trastornos alimentarios como una estrategia para cuestionar el patriarcado y el capitalismo, así como sobre nuevos modelos de interacción social más saludables. Por tanto, se aborda:

- La necesidad de describir la realidad, teniendo en cuenta los estereotipos de género y violencias que viven las mujeres jóvenes con trastornos alimentarios y cómo impactan en función de su vulnerabilidad individual.
- La interseccionalidad a partir de la variable cuerpo normativo vs. no normativo, dado el estigma del peso que se vive en la sociedad actual por parte de los agentes de referencia y de pertenencia.
- El conocimiento global del problema para concienciar a la ciudadanía sobre la necesidad de un cambio social, pasando de la reflexión a la acción en la promoción de la salud en este ámbito de estudio.

- Medidas que son necesarias llevar a cabo para producir transformaciones sociales, que tienen que estar sustentadas en la perspectiva de género, así como en un enfoque de justicia social y derechos humanos en los trastornos alimentarios.

1. Objetivo general

Este proyecto se enmarca en los ODS 3 (Salud y bienestar) y ODS 5 (Igualdad de género) de la Agenda 2030. Tiene como objetivo general analizar, desde una perspectiva sociocultural, la influencia de los roles y estereotipos de género en mujeres adolescentes y jóvenes con trastornos alimentarios.

2. Fases del estudio

En función del marco teórico de referencia, del objetivo del presente estudio y de los recursos disponibles, se ha planteado un diseño de investigación estructurado en tres fases, combinando metodologías cualitativas y cuantitativas.

- **Fase I. Grupo discusión de profesionales/activistas.**

Estudio cualitativo exploratorio a través de una sesión de grupo de discusión con profesionales/activistas. La finalidad del grupo de discusión ha sido contar con sus perspectivas para poder elaborar las preguntas de las sesiones del grupo de discusión con mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario (Fase II), así como, de la encuesta online (Fase III).

- **Fase II. Grupo de discusión de mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario.**

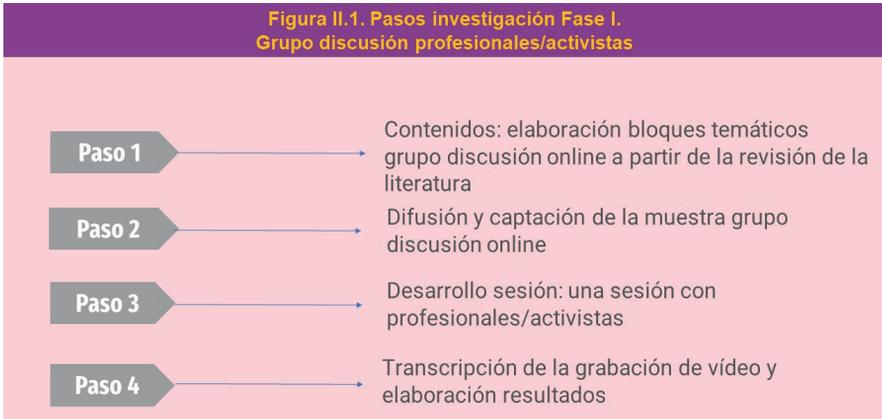
Estudio cualitativo con mujeres de 18 a 30 años que padecen o han padecido trastornos alimentarios. Estos grupos han permitido definir las preguntas de la encuesta online (Fase III).

- **Fase III. Encuesta online.**

Cumplimentada por mujeres españolas de 18 a 30 años que padecen o han padecido un trastorno alimentario. La encuesta online se ha elaborado a partir del análisis de la información obtenida de los grupos de discusión de la Fase I y II. Dicho trabajo cuantitativo ha permitido poner en cifras la información recabada en la fase cualitativa con profesionales/activistas, así como con mujeres jóvenes que padecen o han padecido un trastorno alimentario.

3. Fase I. Grupo de discusión profesionales/activistas

Se detalla en la Figura II.1. los pasos dados en el grupo de discusión online participativo exploratorio con profesionales/activistas para la consecución de los objetivos específicos.



3.1. Objetivos específicos

Los objetivos específicos de la Fase I con el grupo de discusión profesionales/activistas son:

- Analizar en profundidad la relación de los roles y los estereotipos de género con los trastornos alimentarios en mujeres jóvenes. Para ello, se abordan las temáticas claves con un enfoque poblacional, sociocultural y de género sobre la realidad de las mujeres jóvenes españolas con trastornos alimentarios.
- Identificar la violencia simbólica de género que viven las mujeres con trastornos alimentarios, así como los cambios sociales que sería necesario implementar, indagando sobre conceptualizaciones que pudieran apoyar este fenómeno.
- Operativizar dicha información en los contenidos para la elaboración de:
 - El guion de la Fase II para las sesiones de grupo de discusión online con mujeres jóvenes que padecen o han padecido un trastorno alimentario.
 - La elaboración de las preguntas de la encuesta online de la Fase III.

3.2. Contenidos

Se han elaborado los contenidos tras delimitar los problemas en función de los objetivos del trabajo. Para la elaboración de las preguntas, se siguió un método analítico a través de la reflexión fruto de la revisión de la literatura académica sobre la vinculación de los roles y estereotipos de las mujeres en los trastornos alimentarios. Se ha aplicado un enfoque, principalmente, inductivo para generar temas y subtemas basados en datos. Finalmente, los contenidos se clasificaron en cinco bloques temáticos (Anexo 1) que se trabajaron en la sesión online de grupos de discusión de profesionales/activistas de carácter participativo y exploratorio:

- Bloque temático 1. Estereotipos corporales de género y desigualdades sociales: mujer objeto.
- Bloque temático 2. Interseccionalidad: estigma del peso.
- Bloque temático 3. Interseccionalidad: racismo estético.
- Bloque temático 4. Empoderamiento corporal: aceptación corporal, ¿una utopía?
- Bloque temático 5. Políticas públicas destinadas a los agentes de socialización (medios de comunicación analógicos- digitales, redes sociales, industria audiovisual, grupo de iguales y familias, profesionales de la salud y de la educación).

3.3. Difusión y captación de la muestra

Se denominó a esta sesión de grupo de discusión participativo exploratorio de profesionales/activistas: Foro Diálogo Digital con las siguientes características:

- Proceso participativo con el que se pretende compartir la importancia de la temática de la investigación. Así mismo, se busca generar un ambiente de colaboración y compromiso con la investigación, solicitando colaboración para la difusión de la encuesta entre sus pacientes y familiares para las Fases II y III del estudio.
- Convocatoria digital a través de ZOOM. Todas las personas pudieron participar con vídeo y audio.

Se partió de la base de que, para proponer transformaciones sociales, es preciso dejar de trabajar en cada ámbito por separado y ser capaces de incorporar todas las miradas y tejer redes. Es decir, llevar a cabo un trabajo interdisciplinar y colaborativo (Figura II.2). El conocimiento científico y las experiencias de profesionales en el tratamiento de las mujeres jóvenes con trastornos alimentarios permitiría reflexionar sobre propuestas de cambios sociales.



Por tanto, el Foro Diálogo Digital Online para profesionales reunió a personas expertas en la materia, en un grupo de discusión exploratorio de profesionales y activistas (familiares/activistas antigordofobia), cuya ocupación tiene impacto en la relación que las mujeres jóvenes con trastornos alimentarios tienen con su cuerpo y la comida. Para seleccionar a este grupo de personas expertas, se realizaron diversas búsquedas de profesionales y familiares interesados/as en los trastornos alimentarios en todo el estado español con la intención de lograr la mayor representatividad posible de las diferentes comunidades autónomas. También se invitó a profesionales destacadas en el ámbito internacional que trabajan con dicho enfoque. Las personas participantes pertenecían a alguno de estos ámbitos:

- Asociaciones de profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogas/os, nutricionistas, endocrinos/as, enfermeros/as) y de familiares con mujeres jóvenes con trastornos alimentarios.
- Profesionales de salud mental que trabajen con una perspectiva de género.

- Educadores/as en centros escolares implicados/as en la coeducación.
- Entrenadores/as de deportistas.
- Activistas, publicistas y profesionales de la comunicación en marcas o empresas.

En la elaboración de la base de datos de profesionales de la salud con enfoque de género se han tenido en cuenta las siguientes entidades:

- Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA).
- Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia (ADANER).
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia nerviosa (FEACAB).
- Otras asociaciones de trastornos alimentarios.
- Asociación Por La Liberación Corporal Y Alimentaria Para Iberoamérica (ALICYA) y su Directorio de profesionales de salud con un enfoque no centrado en el peso (profesionales de España).
- Proyecto Princesas.
- Federación de Mujeres Jóvenes (programa No seas presa de la talla).
- SOM. Salud Mental 360.
- Asociación Claustro Virtual de Coeducación (CLAVICO).
- Fundación imagen y autoestima.
- Investigadoras/es especialistas en trastornos alimentarios de universidades españolas.
- Web Mujeres y Salud.

- Asociación Mujeres para la Salud (AMS).
- Activistas imagen corporal y publicistas.
- Contactos profesionales de las investigadoras del presente estudio que son especialistas en trastornos alimentarios.

Para lograr la asistencia de las personas, se elaboró un plan de comunicación y de captación. La difusión se realizó durante el mes de septiembre de 2023. El envío de correos se realizó de dos formas: bien invitaciones más personales a través de las cuentas personales de las investigadoras, bien correos más genéricos gestionados a través de un gestor de email marketing para asegurar la protección de datos personales. Los textos de los correos fueron cercanos, presentando el proyecto. También cabe apuntar que se difundió la información del grupo de discusión (Foro Diálogo Digital) a través de redes sociales (LinkedIn, Instagram y Facebook), compartiendo dicha información con el perfil de profesionales descrito arriba.

Para las/los profesionales que formaron parte de la base de datos se habían programado cinco correos durante el mes de septiembre, pero las plazas se cubrieron en una semana. Dado los numerosos mensajes de interés recibidos con consultas sobre el trabajo de investigación, se dio a los/as profesionales la posibilidad de inscribirse en un formulario informativo para estar informados/as del avance del estudio. Al cubrir el cuestionario, tenían la posibilidad de dar su consentimiento informado para recibir información de la encuesta online y de la publicación del informe. Por otro lado, se mantuvo la comunicación con las personas inscritas para tratar de asegurar su participación.

3.4. Desarrollo sesión

Se presenta en el Anexo 2 la programación del Foro de Diálogo Digital. Se consideró necesaria la visión de todas las miradas, este enfoque interdisciplinar que tiene que ver no solo con lo académico, sino con las personas en contacto con las pacientes, bien nutricionistas, psiquiatras, psicólogas, educadoras o familiares. Estas visiones permiten obtener información de primera mano del sufrimiento de las pacientes y de

cómo estas experiencias que viven en su día a día vinculadas a los roles y los estereotipos de género de los diferentes agentes sociales de referencia y de pertenencia. También se ha incorporado la mirada de las activistas antigordofobia. Cabe decir que las personas familiares de chicas con trastorno alimentario que han participado también seleccionaron la opción de activista en su inscripción, si bien la mayoría de las participantes que se denominaron activistas en la inscripción se relacionan con el activismo antigordofobia. Finalmente, cabe apuntar que asistieron cuatro profesionales/activistas internacionales:

- Dos profesionales/activistas del movimiento La rebelión del cuerpo de Chile que lucha contra la violencia simbólica de la mujer en la sociedad actual y con especial interés en los trastornos alimentarios.
- La presidenta de la Asociación por la Liberación Corporal y Alimentaria (Alicya) de México que está haciendo una activa labor en la temática del estigma del peso y violencia simbólica.
- Representante de Fundación Bellamente de Argentina.

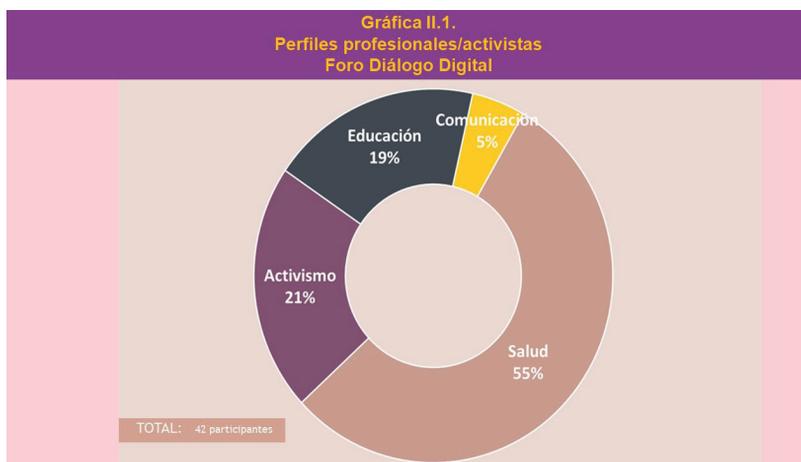
El trabajo del Foro Diálogo Digital para profesionales/activistas se llevó a cabo en pequeños grupos, acompañados de una persona facilitadora de la conversación. Por tanto, cada profesional/activista fue asignada/o a un grupo. Para ello, fue necesaria la colaboración y la integración de diferentes puntos de vista, abriendo la conversación con sesiones plenarias y actividades en pequeño grupo. Se buscó generar un espacio en el que todas las personas se sintieran en confianza para aprender, preguntar, compartir y proponer ideas. Además, se proporcionó tiempo para preguntas y debate. Cada uno de los pequeños grupos trabajó uno de los bloques temáticos. Para la asignación de las personas participantes a un bloque, se tuvo en cuenta la preferencia manifestada durante la cumplimentación del formulario de inscripción (podía seleccionar hasta tres bloques temáticos). A cada grupo, se le presentaron dos preguntas específicas de su bloque temático para fomentar el debate y delimitar la temática de trabajo para que la conversación resultara más provechosa.

Los ámbitos de trabajo de las personas participantes eran los siguientes: salud, activismo (vinculadas al movimiento antigordofobia), educación y comunicación (Tabla II.1). Del total de profesionales que participaron en el Foro Diálogo Digital, el 95,2% (n= 40) fueron mujeres.

Tabla II.1. Ámbito de trabajo de profesionales/ activistas que participaron en Foro Diálogo Digital

	Salud	Activismo	Educación	Comunicación	Total
Bloque temático 1. Estereotipos corporales de género y desigualdades sociales: mujer objeto	6	2	1	0	9
Bloque temático 2. Interseccionalidad: estigma del peso	3	1	2	1	7
Bloque temático 3. Interseccionalidad: racismo estético	3	2	0	0	5
Bloque temático 4. Empoderamiento corporal: aceptación corporal, ¿una utopía?	8	0	2	0	10
Bloque temático 5. Políticas públicas destinadas a los agentes de socialización	3	3	4	1	11
TOTAL	23	8	9	2	42

En el Gráfica II.1 se observa cómo la mayor participación fue por parte de profesionales de la salud, seguido de activistas, educadoras y profesionales de la comunicación.



3.5. Resultados

Las intervenciones de carácter plenario de todos los grupos de profesionales/activistas fueron grabadas en formato vídeo y transcrito de forma literal.

Los resultados se analizaron teniendo en cuenta las aportaciones sobre:

- El contexto sociocultural y la vulnerabilidad individual.
- Necesidad de transformaciones sociales.

3.5.1. El contexto sociocultural y la vulnerabilidad individual

A continuación, se recoge, a través del discurso de profesionales/activistas, aquellas vivencias de las mujeres fruto de los estereotipos y roles de género que se relacionan con la imagen corporal y los trastornos alimentarios vinculadas a la violencia simbólica. Se describen, en primer lugar, los estereotipos y roles de género asignados a las mujeres para luego abordar cómo se transmiten a través de los agentes de socialización de referencia y pertenencia. A lo largo de los discursos, se muestran elementos de vulnerabilidad como la interiorización de los mensajes violentos naturalizados que se transmiten socialmente, la comparación social o la falta de pensamiento crítico de las mujeres hacia todos estos mensajes, así como el papel de las redes sociales. La interseccionalidad con respecto al estigma del peso en cuerpos de mujeres no normativos también ha sido analizada.

• Estereotipos y roles de género.

Se da un acuerdo en que las vivencias del día a día vinculadas a los estereotipos y roles de género de las mujeres resultan opresivas y que sobre los hombres no se ejercen estas presiones en la misma medida:

- Los roles de género actuales muestran una subordinación de la mujer.
- El cuerpo de las mujeres se trata como un objeto en nuestra sociedad y se usa para acreditar o desacreditar a las mujeres a través de comentarios sobre su aspecto físico o su peso.

- El ideal corporal de las mujeres ha cambiado a lo largo de los siglos y el ideal de delgadez es el que impera en estos momentos.

Se presentan algunos ejemplos de hipersexualización de las mujeres en nuestra sociedad (muestra de la cosificación de las mujeres). Para ello, recurren a mujeres que, por su profesión, tienen una presencia pública. También se apunta la ausencia de referentes de mujeres en profesiones importantes para la sociedad como el mundo de la ciencia o la tecnología. Es decir, ausencia de mujeres en un papel de sujeto.

- Portada Diario AS. Sexualización del cuerpo de Jenny Hermoso que relaciona con el estereotipo de la mujer malvada que “deja caer a Rubiales”

- Concierto de Aitana, coreografías críticas sobre la hipersexualización de su baile, como Miley Cyrus.

- El mundo de la moda.

- Canciones mainstreams de reguetón.

- Aplicaciones para ligar, redes sociales.

- No hay referentes de mujeres en actividades de ciencia, por ejemplo, pero si hay imágenes de mujeres y niñas hablando de su cuerpo.

Grupo discusión profesionales/activistas

- **Hablar del cuerpo de las mujeres y sus consecuencias.**

Se pone de manifiesto cómo se reciben comentarios diariamente que descalifican los cuerpos de las mujeres jóvenes de nuestro país, lo que acarrea como consecuencia la insatisfacción normativa y el desarrollo de trastornos alimentarios en aquellas mujeres vulnerables. Incluso se habla constantemente de los cuerpos de mujeres con presencia pública que destacan por su valía profesional.

“Son frecuentes los comentarios sobre el aspecto físico de las mujeres con presencia mediática (cabello, vestimenta,

etc.). Comentarios sobre su cuerpo, más allá de la función o rol que desempeñan. Por ejemplo, cuando se llama “gorda” a la política Ada Colau; en Cristina Pedroche cuando se pone el foco sobre la recuperación de su cuerpo tras su embarazo; la infanta Leonor llena horas de televisión y revistas con comentarios sobre su juventud, estilo, looks o vestimenta; también con la Reina Letizia son frecuentes los comentarios sobre su aspecto físico más allá de la función que desempeña; el ex vicepresidente del gobierno, Alfonso Guerra, con su comentario sobre peluquería de la actual vicepresidenta del gobierno, Yolanda Díaz. Este hablar del cuerpo de las mujeres supone violencia, dado que minimiza su rol profesional hasta invisibilizarlo.”

Grupo discusión profesionales/activistas

- **Estigma del peso**

También se recoge cómo las características asociadas al cuerpo de las mujeres son distintas si presentan un cuerpo normativo (delgado o de extrema delgadez) o no normativo (gordo). Además, se dan estereotipos de que las personas con cuerpos más grandes son perezosas, carecen de fuerza de voluntad o autodisciplina, no son inteligentes o no son atractivas. Se da una jerarquía moral de los cuerpos en la que los de las mujeres gordas ocupan el nivel inferior. Por tanto, se produce una culpabilización de las personas con cuerpos grandes (no normativos). También se puso de manifiesto cómo muchos productos/servicios que se ofertan en nuestra sociedad están diseñados para fallar (dietas, productos milagro), además de dañar la salud física y mental. De nuevo, un acuerdo entre las/os participantes en todos los grupos sobre las graves consecuencias físicas, sociales y emocionales de las personas que las llevan a cabo. Existen formas muy normalizadas, que incluso parecieran sutiles, de lastimar y deteriorar la imagen corporal de los niños y las niñas: una de ellas es la dieta y los mensajes de estilo de vida saludable. Cuando se pone a dieta a una niña, se le da la idea de que su cuerpo es inadecuado.

“Se suelen inculcar ideas de salud vinculadas a la alimentación y el ejercicio (salud = lo que como y cuánto entreno). Se reduce y limita el concepto de salud. Otros

determinantes: socioeconómicos, acceso sanidad calidad, genética, sueño, salud mental, calidad del ambiente. Reduccionismo de la salud sin tener en cuenta la salud como concepto multifactorial, multidimensional. Sin embargo, socialmente se transmite la idea de que el peso es controlable. Por otro lado, el “cuidado con, cuidado de” se trabaja desde una visión negativa y restrictiva. Se habla de la salud en términos de miedo. Se etiqueta algo inmorralmente como insano o ultraprocesado.”

Grupo de profesionales/activistas

“En el grupo de iguales, se acrecienta en la adolescencia la importancia del valor personal a través del cuerpo, legitimación o no en función de cumplir cánones sociales, aumento de la competencia entre mujeres, el cuerpo puede asegurar o no el éxito, ser vista como una persona organizada, con fuerza de voluntad, perfecta, etc.”

Grupo profesionales/activistas

• **Agentes de socialización de referencia: medios de comunicación, redes sociales, industria audiovisual y moda**

Los agentes de socialización de referencia difunden estereotipos de género, falta de diversidad corporal y ausencia de representación de mujeres por sus profesiones (mujeres como sujeto). Unanimidad con respecto a la falta de diversidad corporal. En nuestra sociedad, no se contempla la diversidad corporal en las propuestas de indumentaria, en espacios públicos, series, películas, por ejemplo. No se promueven imágenes diversas.

“No hay representación de las mujeres en los medios de comunicación, redes sociales e industria audiovisual. Desde estos agentes de socialización se dan asociaciones de éxito con mujeres cosificadas. También hay necesidad de mayor diversidad corporal y representaciones de mujeres por su valía”.

Grupo discusión profesionales/activistas

Existe un acuerdo en que se transmiten mensajes de que el cuerpo se puede esculpir según las modas para acercarse a los cuerpos irreales ideales, donde la delgadez y la juventud son los principales objetivos que conseguir. Socialmente, impera la idea de que el cuerpo es un producto más, transmitiendo que la consecución de los ideales corporales impuestos depende de la voluntad de la persona. En definitiva, se puede esculpir para que se aproxime al ideal corporal vigente. Desde los medios de comunicación, la publicidad, la moda y las redes sociales, se insta al consumo de cualquier tipo con el objetivo de incrementar los beneficios económicos del producto anunciado. Por ello, los distintos discursos e imágenes que se representan tienen un hilo conductor: la economía consumista, que pretende crear necesidades, disculpabilizar el consumismo, difundir modelos de vida, modas, accesorios, pero también gimnasios, cremas, operaciones estéticas, cirugías bariátricas o ropa. Se recogen, además, algunos ejemplos de productos a la venta en nuestra sociedad. Desde los medios de comunicación y redes sociales, se transmiten mensajes engañosos sobre el control del cuerpo, sobre que podemos moldear el cuerpo a nuestro antojo.

- *Eslóganes de cosmética. "Reconcíliate con tu edad". Eufemismo para no visibilizar edad y minimizar sus efectos.*

- *Productos dirigidos a mujeres en supermercados que promueven ciertas imágenes o estándares. Cremas anti-tiedad para mujeres de 50 años con mujeres de 20 como imagen.*

- *Ropa dirigida a mujeres jóvenes (ciertos segmentos): mujeres delgadas y jóvenes.*

Grupo discusión profesionales/activistas

Por otro lado, las redes sociales pueden desempeñar un papel positivo como el caso del activismo antigordofobia:

- *Medios de comunicación: en series o películas empiezan a aparecer mujeres gordas en roles más positivos, pero siguen sin ser personajes protagonistas. Difícilmente desarrollan papeles de popularidad o de*

*trama romántica con la que las chicas/adolescentes de-
sean identificarse o aspirar.*

- Redes sociales: por un lado, se da la influencia de las referentes/influencers y conductas de riesgo socialmente aceptadas. Por otro lado, las mujeres gordas en las redes sociales suelen centrar su actividad en el activismo antigordofobia y puede reforzar la idea de la obsesión por el cuerpo y ser reduccionista. Paralelamente, se debe tener cuenta que esta lucha es muy importante y necesaria para la reivindicación contra la gordofobia. En ocasiones, hay personas que se dedican a la divulgación de nutrición y se trata de personas que tal vez por su interés en la alimentación (por el trastorno alimentario) pueden lanzar mensajes dañinos por no tener formación.

Grupo discusión profesionales/activistas

• **Agentes de socialización de pertenencia: familias, parejas, profesionales salud y educación**

Existe un acuerdo en que las presiones que se ejercen desde los agentes de socialización de pertenencia también juegan un importante papel en el desarrollo de los trastornos alimentarios de la sociedad actual. Dichas presiones se ejercen desde las familias, las parejas, los/as profesionales de la salud o la educación. Son numerosas las discriminaciones que señalan, destacando que la mayoría de los/as profesionales de la salud de distintas especialidades utilizan el peso como indicador de salud. Dichos valores se transmiten en el lenguaje que se utiliza en el entorno médico con perspectiva de salud centrada en el peso. Otra forma de transmitir estos valores es el pesar y medir el cuerpo de las pacientes gordas como primer paso de las consultas médicas de cualquier especialista al que acudan las mujeres con cuerpos no normativos, a pesar de no ser el peso el motivo de consulta, sino algún problema médico.

- Trabajo: en nuestra sociedad se presenta discriminación en la selección de puestos de trabajo en función de variables como el peso y el género.

- *Familia: es el primer entorno en el que se dan los mensajes sobre el peso y el cuerpo (alimentación en función del cuerpo/peso, asistencia a médicas para regulación o restricción alimentaria, escoger la ropa, castigar o premiar con la comida, etc.). Las familias tienen miedo de que sus hijas engorden y reciban violencias que a lo mejor han vivido anteriormente e, inconscientemente, refuerzan ese mensaje. Este es el entorno que más influye en la auto percepción y auto concepto de la imagen corporal. Madres que sufrieron violencia por su peso reproducen ese miedo para intentar que sus hijas no sufran violencia y, para ello, pueden ser las primeras en indicarles que se pongan a dieta.*

- *Colegio: se dan roles en las aulas según las corporalidades. Es necesario trabajar en los temarios sobre nutrición, que, indirectamente, pueden promover conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario (algunas chicas con trastorno alimentario reconocen empezar a contar calorías debido a alguna actividad relacionada con el temario escolar). Se necesita la actualización de contenidos nutrición (ESO y bachillerato), formación en el profesorado sobre vocabulario y cómo dirigirse al alumnado sobre cuerpos no normativos, hablar del cuerpo de las mujeres o dietas.*

- *Pareja: aceptación de relaciones tóxicas por parte de las mujeres con cuerpos no normativos por considerar que es "lo que creen que merecen".*

- *Grupo de iguales: la auto percepción se construye desde estas miradas, muy marcadas por la burla o la evitación de una conversación fluida y transparente.*

- *Consultas médicas: se asocia el cuerpo gordo con mala salud. Se indican dietas y cirugías. Esta visión pesocentrista lleva a las pacientes a tener un mayor riesgo de trastorno alimentario y riesgo grave para la salud (incluso llegando a la muerte). Existen ciertas especialidades como endocrinología y traumatología y momentos críticos donde se hacen controles de peso (adolescencia y ginecología), que también sería necesario revisar cómo se hacen. Especialidades médicas*

sanitarias susceptibles de formar a sus profesionales: pediatría, embarazo, ginecología y obstetricia, cardiología, endocrinología, traumatología cuerpo gordofóbico en atención sanitaria. No conscientes de ese sesgo para prevenir comportamientos.

Grupo discusión profesionales/activistas

- **Racismo estético**

Las personas participantes realizaron las siguientes reflexiones sobre racismo estético.

“El proceso migratorio puede provocar un desarraigo afectivo que dé lugar a intentar agradar a través del trastorno alimentario. Además, en primaria, escuela: colectivos en peligros de exclusión. Cuando son sujetos de bullying son más sensibles a desarrollar un trastorno alimentario. Esto puede darse de la mano de la incompreensión de las familias: la adolescente busca sentirse integrada en el grupo de pares, y padres y madres la sienten que se alejan de sus raíces.

Un color de piel que resulte discriminado, estigmatizado, puede relacionarse con la cosificación del cuerpo y relacionarse con un trastorno alimentario. Presión a la blanquitud: mujeres surcoreanas que se operan los párpados/blanquearse la piel con lejía.

El riesgo de invisibilización del trastorno porque se asocie no a trastorno, sino a pobreza. El riesgo de que con la idea de prevenir la obesidad se acabe generando un discurso estigmatizador sobre el cuerpo de las mujeres. Cosificación a las mujeres por el Índice de Masa Corporal.

- En el año 2000, era complicado encontrar pantalones que te sirvieran si tenías unos muslos o glúteos más grandes, pues todo estaba más enfocado hacia las mujeres más delgadas y esto suponían problemas para las personas de color que tienen una corporalidad diferente.

- Mujeres latinas: delgadas - clase más alta; más curvas - clase más baja.

- Estereotipo que hay sobre las mujeres negras: hay estudios que avalan que ser cosificada e hipersexualización puede derivar en TCA.

Por otro lado, concluyen que no tener una buena red de apoyo familiar puede ser un factor de riesgo para el inicio y mantenimiento del trastorno alimentario.”

Grupo discusión profesionales/activistas

3.5.2. Necesidad de transformaciones sociales

Dada su importancia, este contenido fue abordado en todos los bloques temáticos. Las personas participantes pusieron de manifiesto que encontraban muy necesaria la transformación social desde una perspectiva de género. Como contenido presente en todos los grupos, destaca la necesidad de trabajar para dejar de visibilizar a la mujer como un objeto y visibilizar el trabajo de las mujeres (mujer/ sujeto), así como abordar el estigma del peso.

“Eliminar los certámenes de belleza donde se cosifica a la mujer normalmente con cuerpos excesivamente delgados.”

Grupo discusión profesionales/activistas

“Aumentar la representación de referentes sociales de diversidad corporal y reflexionar sobre los privilegios económicos, de género, de formas y tamaños corporales o de raza.”

Grupo discusión profesionales/activistas

“Trabajar con el lenguaje y hacer una resignificación de la palabra gorda y todo lo asociado a la violencia estética y al estigma del peso. Hacer un análisis crítico.”

Grupo discusión profesionales/activistas

Sobre la alfabetización mediática.

- Campañas de información y sensibilización con familias y menores. Que la psicología feminista sea estruc-

tural en familias y los colegios para intentar no construir la autoestima de las mujeres en relación con su cuerpo y cómo los demás nos ven (peso, vello...), sino su aportación al mundo. Esta mirada feminista debe ir dirigida a niñas/os, ya que no se puede exigir a las mujeres una buena autoestima sin tener en cuenta a los agentes que ejercen la violencia. Educación feminista a hombres porque llevan a cabo violencias, muchas veces de manera inconsciente, hacia las mujeres

- Promover activismo a través de distintos contextos: educativos, redes sociales, influencers...

- Crear espacios para identificar y analizar las paradojas y contradicciones (disonancia cognitiva) que hay en los principales agentes socializadores como los medios de comunicación, redes sociales, etc. para promover una mirada crítica a las niñas y los niños y que aumente la conciencia de los mandatos de género (p. ej., anuncio Spotify de opera tus labios para que te queden naturales”).

Grupo discusión profesionales/activistas

Sobre los/as profesionales salud

- Enfatizar la educación y concienciación de los médicos para que se estudien los cuerpos gordos igual que los delgados para evitar diagnósticos erróneos o infradiagnósticos. Revisar las revisiones pediátricas y los comentarios que se realizan en presencia de las menores, las atenciones de ginecología.

- Trastornos alimentarios en nutricionistas: la propia carrera incita a conductas restrictivas y luego lanzan esos mensajes en redes sociales. Habría que revisar cómo se habla de nutrición.

- Intentar que la mirada antigordofobia y feminista llegue a foros profesionales menos concienciados - foros que dicen luchar contra la obesidad (complicado), como pueden ser los médicos.

- *Recursos sanitarios para adaptar el contexto cultural de la persona. Una visión más integradora e interseccional del ser humano, que no nos vea como una sola cosa. Hay más de 100 determinantes de salud, muchos fuera del control de las personas.*
- *Enfocarse en que no todas las personas tienen acceso a la “salud alimentaria”.*
- *Garantizar el acceso al tratamiento y también hacer un trabajo de prevención.*
- *Desarrollar políticas de salud mental transversales a todos los ministerios y vinculadas a los trastornos alimentarios, con un trabajo previo de escucha a la juventud y adolescencia sobre las barreras del acceso a la salud y al trato digno.*
- *Formación actualizada y sensibilización de profesionales en entorno sanitario (transmisión modelo estético, sesgo pesocentrista, corporalidad y autoestima) para crear espacios seguros a nivel emocional y espacios físicos.*
- *Detectar aparición sintomatología y derivar a profesionales especialistas. Protocolos claros para casos detectados, teniendo en cuenta los distintos niveles de prevención.*

Grupo discusión profesionales/ activistas

“Hay un vacío de información de trastornos alimentarios por parte de profesionales que trabajan en prevención, investigación o tratamiento. Durante el tratamiento, hay muchas situaciones de control y rigidez. En mis prácticas también las he seguido viendo. Una paciente que tomó merienda y puñado palomitas en el cine y fue reprendida. En lugar de darle la enhorabuena por no ser tan rígida con la alimentación e incluir nuevos alimentos. Miedo de profesionales a que te pases al otro lado.”

Grupo discusión profesionales/ activistas

Sobre los/as profesionales de la educación.

“Revisar los temarios del colegio para evitar clasificar los alimentos en buenos y malos, pirámides alimentarias, promover dinámicas sobre contar calorías y presentar materiales donde la diversidad corporal esté presente de forma positiva.”

Grupo discusión profesionales/activistas

“Impulsar programas educativos que promuevan un contexto intercultural (formar a docentes en ampliar ejemplos de otras realidades).”

Grupo discusión profesionales/activistas

“No centrarse solo en trastornos alimentarios: incluir otras conductas restrictivas; también concienciar acerca de la vigorexia; no solo hablar en términos de gordos y delgados.”

Grupo discusión profesionales/activistas

“En el paso de primaria a secundaria, sería deseable implementar en los institutos una asignatura continuada a lo largo del tiempo sobre educación emocional enfocada a la construcción del autoconcepto y la gestión emocional. Resignificar la idea de empoderamiento corporal, evitar que el foco siga estando en el cuerpo. Educar la mirada de lo que te permite tu cuerpo, recuperar la parte funcional y facilitadora para poder ganar autonomía. Potenciar la compasión corporal. Basar estas intervenciones y espacios en los programas que la evidencia científica ya ha demostrado que son efectivos. ¡No hace falta reinventar la rueda, ya hay intervenciones que sabemos que funcionan!”

Grupo discusión profesionales/activistas

- Educación sexual: normalización de la sexualidad y sensualidad gorda.

- *Prohibir a los colegios que obliguen a los/as niños/ a pesarse. Hoy sabemos que, de 2 a 5 años, los/a niños/as manifiestan preocupaciones por los alimentos. Transmitir que el peso no es modificable a voluntad, que existe salud y enfermedad en cualquier talla.*

- *Necesidad: buscar formas de educar y prevenir.*

- *Formación profesional para todos los ámbitos y especialidades en perspectiva de género. Modificar libros de texto*

- *Revisar la bibliografía escolar para quitar todos los contenidos que impliquen regular el peso, atender a las dimensiones de los cuerpos, etc.*

Grupo discusión profesionales/ activistas

Sobre los medios de comunicación.

- *Necesidades: diversidad de cuerpos. Ver nos representadas/os, saber que existimos, ocupar esos espacios.*

- *Regular los contenidos de las plataformas desde los gobiernos para evitar contenidos de odio, en contra del colectivo LGTBI, inmigrantes, etc. Hay que legislar, que es muy difícil, pero en otros países se ha logrado hacer de forma parcial.*

- *Diseñar políticas destinadas a las niñas para regular la publicidad con perspectiva de género.*

- *Tomar de ejemplo la Ley Micaela implementada en Argentina. Propuesta de capacitación obligatoria de trastornos de la conducta alimentaria. Proponer incentivos No solo punitivizar.*

- *Identificar un organismo que pueda aplicar sanciones a las comunicaciones que tengan representaciones estereotipadas. Con respaldo de las autoridades gubernamentales, pero con autonomía de los intereses económicos.*

- *Capacitar a los medios y a las personas que construyen mensajes de forma permanente con perspectiva de igualdad, de Derechos Humanos, interseccional, feminista, decolonial, sin gordofobia*
- *Implementar iniciativas que busquen romper la hegemonía de cuerpos en los medios de comunicación Si las niñas no se ven representadas, lo que entienden es que tienen un problema y que tienen que cambiar sus cuerpos.*

Grupo discusión profesionales/ activistas

Sobre la necesidad de legislar.

Se proponen tres niveles de intervención con las siguientes temáticas: 1) introducir la perspectiva de género en la interrelación entre los ejes y el diseño de políticas públicas; 2) generar iniciativas que crucen educación y sanidad con perspectiva de género y 3) trabajar tanto con quienes ejercen las violencias como con las víctimas a través de la prevención y la promoción de la salud.

- *Estructural. Políticas públicas para promoción de cuerpos diversos en publicidad, cine y arte. Contenidos mediáticos con incentivos fiscales o subvenciones a proyectos audiovisuales que pueda estimular que rompan estereotipos y roles de género. Protección de la violencia simbólica, salud mental, promocionar la diversidad corporal, entornos respetuosos para la práctica de actividad física y disfrute del movimiento. Calidad y control de la información que difunden los medios (responsabilidad y ética).*

- *Interpersonal. Trabajar con las familias, centros educativos, centros cívicos. Formación a formadores. No esperar a la adolescencia, sino desde la infancia. Formación de las familias para que acompañen en momentos de cambio. Los mensajes que circulan y se transmiten en el grupo familiar. Trabajar narrativas socioculturales (qué pueden decir ante la presencia de cuerpo no normativo que no encaja en estándares sociales). Participación e intervención en las escuelas (concientizar sobre la violencia estética, nombrar estas*

situaciones que normalizan comentarios sobre los cuerpos “estás gordita/o”). Promoción de la salud (hablar en positivo).

- Individual. Atención continua y con la frecuencia, eficacia y eficiencia. No solo donde está presente el caso de trastorno alimentario, pero en esos casos con atención más continua y sostenible en el tiempo. También necesaria la prevención primaria. A nivel individual (chicas jóvenes): alfabetización mediática (qué contenidos seguir y qué contenidos subir), gestión emocional (prácticas de meditación, por ejemplo), inversión en apariencia moderada (pautas de cuidado del cuerpo y belleza flexible centradas en el cuidado del cuerpo).

Grupo discusión profesionales/activistas

Temas prioritarios

- Para los tres ejes: hacer políticas públicas de alfabetización a favor de la prevención, educar a las pacientes y las familias en diversidad corporal (el mensaje que se ha de transmitir es que no todas las verdades son absolutas) e incluir la regulación del contenido que circula en la virtualidad contra las diversidades.

- Tratar la gordofobia, el privilegio delgado que refuerza la idea de estigma del peso.

- Trabajar en la narrativa que acentúa estereotipos de género y corporales.

- Incluir una mirada periférica a las personas para observar el contexto que, las rodean de manera integral. Nivel económico, apoyo social, estrés, descanso o comida. No a políticas de miedo.

- El desarrollo de las infancias enfocado en la relación de niños y niñas con sus cuerpos.

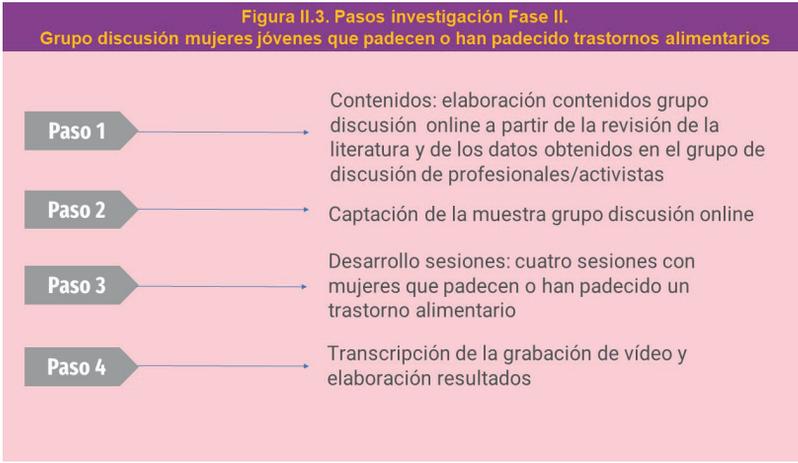
- Cambiar las políticas públicas de raíz, dejando de hacer responsable a las personas: “si tienes este cuerpo, es tu culpa”.

- *Trabajar la violencia simbólica para trabajar el sexismo desde una mirada interseccional.*
- *El rol de las marcas, los mensajes que emiten desde cómo diseñar un producto a cómo diseñar una etiqueta. Hoy es imposible estar ajena/o a lo que las marcas proponen. ¿Cómo debe ser una mujer, qué se debe poner?*
- *Atender a las relaciones intergeneracionales. Cuando los conocimientos y perspectivas de los abuelos y las abuelas colisionan con las conductas o visiones “modernas” o contra-hegemónicas sobre la corporalidad, las/os niñas/os estarán cerca de alimentos que se consideran “malos”. Mejor apostar por que se relacionen con neutralidad en lugar de etiquetar en buenos y malos, todos los alimentos aportan algo.*

Grupo discusión profesionales/activistas

4. Fase II. Grupo discusión: mujeres jóvenes que padecen o han padecido un trastorno alimentario

Durante la fase II del estudio se llevaron a cabo cuatro sesiones de grupo de discusión online con mujeres jóvenes que padecen o han padecido trastornos alimentarios. En la Figura II.3 se detallan los pasos dados.



Las cuatro sesiones del grupo de discusión han permitido profundizar en el análisis de los factores que influyen en la aparición de los trastornos alimentarios y que determinan la vulnerabilidad de las mujeres que los padecen desde la perspectiva sociocultural. Con este método, no se persigue una representatividad de la muestra, sino indagar en la existencia de distintos discursos y profundizar en el conocimiento y la información que se comparte sobre la temática objeto de estudio.

4.1. *Objetivos específicos*

Los objetivos específicos de los grupos de discusión con mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario son:

- Profundizar en el análisis de los discursos desde un punto de vista sociocultural sobre cómo los estereotipos y roles de género se relacionan con los trastornos alimentarios para poder realizar una aproximación a las cuestiones que se plantean desde el propio relato sostenido.

- Acceder a sus experiencias a través de una entrevista en profundidad, cuestionando la subordinación aprendida, las violencias simbólicas vividas por agentes de socialización de referencia y de pertenencia
- Indagar sobre qué cambios sociales proponen.
- Operativizar dicha información en los contenidos para la elaboración de la encuesta online de la Fase III.

4.2. Contenidos

Los contenidos del grupo de discusión se elaboraron a partir de una revisión de la literatura científica y de los resultados de la fase I del estudio:

- En primer lugar, se han delimitado los problemas y planteado estrategias de acción transformadoras tras la reflexión fruto de la revisión de la literatura académica sobre la vinculación de los roles y estereotipos de las mujeres en los trastornos alimentarios, aplicando un enfoque, principalmente, inductivo para generar temas y subtemas basados en datos.
- En segundo lugar, se ha tenido en cuenta para elaborar el guion de las entrevistas los datos obtenidos durante la primera fase del estudio. El contenido sigue el mismo hilo argumental adaptado al contexto de las mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario (Anexo 3 y 4).

4.3. Captación de la muestra

La captación de la muestra se realizó durante los meses de octubre y noviembre de 2023. Se contactó con profesionales de salud mental que atendían a pacientes con trastornos alimentarios. Estas profesionales facilitaron el contacto con mujeres que padecen o han padecido trastornos alimentarios. A continuación, la investigadora facilitaba toda la información y respondía a las dudas que las posibles participantes planteaban y concertaba una cita para la sesión online. A las/os profesionales se les facilitó como criterios de inclusión en la muestra la siguiente información:

Mujeres de 18 a 30 años que padezcan o hayan padecido un trastorno alimentario con cuerpos normativos y no normativos en función de la variable IMC (OMS, 1995).

- Mujer con bajo peso y normopeso: mujeres con cuerpos normativos: $IMC < 25$.
- Mujeres con cuerpos grandes no normativos: $IMC \geq 25$.

4.4. Desarrollo sesiones

No se solicitó ningún dato personal identificativo de las participantes a dichas sesiones focales (anonimización). Con el permiso de las participantes, se grabaron las sesiones online para poder transcribirlas y analizarlas posteriormente, ya que solo había una persona facilitando la sesión para no interferir en el ambiente de confianza.

Se realizaron cuatro grupos de discusión focales online de dos horas de duración (Tabla II.2):

- Sesiones 1 y 2. Mujeres de 18 a 30 años que padecen un trastorno alimentario: un grupo de mujeres con cuerpo normativo y un grupo de mujeres con cuerpo no normativo.
- Sesiones discusión 3 y 4. Mujeres de 18 a 30 años que han padecido un trastorno alimentario: un grupo de mujeres con cuerpo normativo y un grupo de mujeres con cuerpo no normativo.

Tabla II.2. Participantes a las cuatro sesiones grupos discusión mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario en función de que presentaran cuerpos normativos o no normativos para la variable IMC

	Cuerpo normativo	Cuerpo no normativo	Total
Mujeres que padecen trastorno alimentario	2	2	4
Mujeres que han padecido un trastorno alimentario	3	3	6
Total	5	5	10

4.5. Resultados

El grupo de discusión con pacientes que padecen o han padecido un trastorno alimentario fue grabado en formato vídeo y transcrito de forma literal. Los resultados han sido analizados teniendo en cuenta las aportaciones sobre:

- El contexto sociocultural y la vulnerabilidad individual.
- Necesidad de transformaciones sociales.

4.5.1. El contexto sociocultural y la vulnerabilidad individual.

A continuación, se recoge, a través del discurso de mujeres que padecen o han padecido trastornos alimentarios, sus vivencias fruto de los estereotipos y roles de género que se relacionan con los trastornos alimentarios y vinculadas a la violencia simbólica. Se describen, en primer lugar, los estereotipos y roles de género asignados a las mujeres para luego abordar cómo se transmiten a través de los agentes de socialización de referencia y pertenencia. A lo largo de los discursos, se muestran elementos de vulnerabilidad como la interiorización de los mensajes violentos naturalizados que se transmiten socialmente, la comparación social o la falta de pensamiento crítico de las mujeres hacia todos estos mensajes. También se ha analizado la interseccionalidad con respecto al estigma del peso en los cuerpos de mujeres no normativos.

• Estereotipos y roles de género.

Existe un acuerdo en el grupo de discusión de las diferentes sesiones en que las mujeres son cosificadas en nuestra sociedad, observando roles y estereotipos distintos en función del género. Además, también han manifestado que están ausentes los referentes de mujeres en profesiones que cambian la sociedad como el mundo de la ciencia. Por el contrario, se hipersexualiza el cuerpo de las mujeres.

“Se muestra abiertamente el cuerpo de la mujer, se cosifica a la mujer. Se da una dicotomía en función del género. Al hombre se lo valora por lo que hace, se le adjetiva como valiente y el rol en la familia denota actividad e independencia, ya que lucha por salir adelante. A la mujer se la valora por cómo se ve, se la califica como bonita y tiene el rol familiar de arreglar (a ella misma, la casa, la familia). Otro ejemplo más de cosificación de la mujer se ve en los supermercados, donde las mujeres aparecen en los envases de publicidad: sección productos dietéticos, versiones light de alimentos, productos pérdida de peso.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso.*

“La mujer siempre ha sido tratada como un objeto. Desde siempre la mujer ha sido eso, un complemento por así decir. Ahora ha habido un cambio en la sociedad. Pues, desde hace no tanto, las mujeres podemos votar, podemos estudiar, ahora se está luchando porque las mujeres tengamos la misma importancia que los hombres. Pero, realmente, pienso que la mayoría de gente sigue manteniendo esas creencias de que la mujer tiene que encajar en los gustos de los hombres; las mujeres seguimos siendo objetos. Pero los gustos de los hombres han ido cambiando, ahora es el ideal de delgadez. Es algo nuevo desde el siglo XX, a partir de los modelos de los 90. Para la mujer sigue siendo importante su cuerpo, el atractivo físico que tenga para los hombres.”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso.*

“En los hombres, hay un factor protector porque la valía no está puesta en el cuerpo. En general, a los hombres se los valora por lo que hacen y se refuerza su autoestima. Si esto falla puedo ser divertido, atenderme a mi trabajo... La mujer, por muy divertida que sea o por muy valioso que sea, a su trabajo le falla algo si no acompaña su imagen, tiene un hándicap.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso.*

“Creo que últimamente va a más la importancia del cuerpo. Yo considero que la sociedad se está volviendo mucho más superficial. Da igual el trabajo que realices o los valores que tengas; si eres mujer, todo se basa en el físico que tengas”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso.*

Existe un acuerdo en los discursos de todas las participantes sobre el cambio corporal que se ha producido en las

mujeres a lo largo de los siglos y que el ideal de delgadez es el que impera en estos momentos.

“Hace unos siglos, lo bonito, lo romántico, todo era estar gorda. Yo creo que ahora mismo estamos en una etapa en lo que lo bueno es estar delgada. A todo el mundo le importa mucho lo que opinen los demás. Y yo creo... bueno, a mí la primera. Y partiendo de que eso, de que ahora lo bueno es estar delgadas, yo creo que todo el mundo intenta que los demás piensen que está delgada, que tiene un buen cuerpo, no solo piensan en sí mismas. Yo sé que me tengo que mirar al espejo y pensar, oye, pues me gusta mi cuerpo.”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Más del 90% del mundo es diferente al hegemónico. Sin embargo, en los medios de comunicación solo se representa a las mujeres altas, delgadas, con tez blanca y cabello liso. Si no eres alta, delgada, privilegiada no vas a tener éxito. No hay representación de la diversidad corporal.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“En el caso de anorexia nerviosa es egosintónico, no todas las personas están deseando desprenderse de la delgadez dado que se asocia con el canon de belleza de las mujeres, que les permite encajar.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

“Cuando era pequeña crecí escuchando la palabra AN. Y lo asociaba con algo bueno: chicas guapas y exitosas y yo pensaba que quería ser eso. No consultaba en internet páginas proana y promia pero sí consultaba páginas sobre cómo perder peso, para conseguir pautas.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

- **Hablar del cuerpo de las mujeres y sus consecuencias**

Todas las mujeres participantes en esta fase del estudio manifiestan que, con frecuencia, han recibido comentarios sobre sus cuerpos a lo largo de su vida. Los comentarios eran positivos cuando encajaban dentro del ideal corporal.

“Las mismas personas que me decían que me veía muy guapa cuando bajaba de peso me lo decían cuando subía.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

“Cuando estaba con 70 kg era mi punto más flaco, pero me sentía más enferma. Me sentía mal físicamente, pero tenía el refuerzo social de que estaba muy bien. Actualmente, tengo asumido que mi peso corporal está en sobrepeso.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

Existe un acuerdo en considerar que estos comentarios pueden tener consecuencias, tanto en mujeres conocidas por profesiones con relevancia pública como políticas, escritoras o artistas como en mujeres en general. Existe la presión de los comentarios sobre sus cuerpos para tratar de encajar en el ideal corporal actual. Alguna participante llegó a manifestar que existe relación entre esos comentarios y la presencia del trastorno alimentario.

“Sí, incluso hay personajes públicos que tienen dicho que los trastornos alimentarios fueron provocados por comentarios sobre sus cuerpos de seguidores o haters”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Bueno, yo no tenía ni una sola amiga que no haya estado insatisfecha con su cuerpo. Hablábamos mucho sobre nuestro cuerpo. De hecho, durante los últimos años, mi mayor círculo era de mujeres que tenían un trastorno alimentario diagnosticado. Y no estoy hablando de los hos-

pitales. Fuera donde fuera, siempre me encontraba con mujeres con trastornos alimentarios. Incluso en las redes sociales...”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

Hay un acuerdo entre las participantes sobre que esta situación no se cambia debido a que las inseguridades de las mujeres sustentan diversas industrias que mueven una cantidad ingente de dinero.

“La insatisfacción corporal de las mujeres siempre va a ser un negocio. Detrás de los entrenamientos, dietas..., hay un montón de lobbies como la industria cosmética, operaciones quirúrgicas, suplementos, medicamentos, industria alimentaria...”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

“La sociedad, si no estás en el cuerpo normativo, nos culpabiliza. Nos hace sentir que no hice bien dieta o que puedo hacer una operación de cirugía bariátrica. Producto fraudulento mi cuerpo quiere sobrevivir y falla la dieta y nosotras lo vemos como un fallo nuestro. Es una sensación de constante fallar. Todo con la finalidad de vendernos productos que fallan y nosotras nos sentimos culpables que estamos todo el tiempo fallando.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Hay dinero de por medio. Hay industrias que se están lucrando con nosotras. Información introyectada en anuncios de los juegos internet. Se cosifica a las mujeres y son muy violentos. Los reels cero regulados y un lugar donde constantemente información engañosa de buscar mejor versión, salutismo...”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

Las mujeres que padecen o han padecido trastornos alimentarios del grupo no normativo han manifestado vivir comentarios por parte de sus familiares y de los/as compañeros/as de colegio. Esto les ha hecho sentirse invalidadas y pensar que lo que sienten o quieren hacer no es importante. Con frecuencia, han recibido comparaciones por parte de sus grupos de referencia, lo que las ha llevado a creer que no son suficiente. Manifiestan que, al inicio del trastorno alimentario, tenían una baja autoestima, dado que sentían que habían fracasado y no cumplían con los objetivos o lo que se esperaba de ellas debido a su aspecto físico. Cuando se preguntó si este tipo de comentarios sobre la apariencia física se habían dado en las redes sociales, las mujeres que participaron en los grupos de discusión contestaron que no.

“Cuando era pequeña y estaba gorda, tenía comentarios por mi peso de mi padre y de mis compañeros de colegio. Siempre me afectaron mucho, ya desde que era pequeña. Los comentarios pararon cuando mi cuerpo cambió y adelgacé durante la pubertad. En el médico también recibía comentarios sobre mi peso. Cuando tenía 12 años, en la consulta de pediatría, me querían poner a dieta, pero mi madre no quiso. También me pasó de ir al médico por otros motivos como que me dolía la cabeza y lo primero que hacía era pesarme y hablarme de mi peso sin hacer caso a mi queja.”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

“Cuando hacía deporte de pequeña sí que me sentía muy mal. No por mí, porque a mí me gustaba hacer deporte, sino porque me hacían ver que estaba gorda y me sentía muy gorda y sentía que la gente me miraba y me miraban. Me miraban y en plan ¿qué hace esta niña?”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Intenté ir a clases de ballet (con cinco años), pero no me aceptaron por mi peso. No voy al gimnasio porque encuentro un ambiente hostil. Intento bucear, pero no encuentro ropa de mi talla. Al final, conseguí ropa que me quedaba mucho más grande”.

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Vamos a hacer nuestras actividades en función de lo que se nos permite: no vamos al ballet, no cabes en la ropa, no te entra el aparato para medir salud arterial en el médico, no puedes viajar porque no cabes en el asiento... no hay justicia social, no se respetan los derechos humanos de las mujeres gordas”.

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“No encontrar ropa por mi talla, discriminada en trabajos, sometidas a violencia por la pareja y la sociedad. Ver a mi madre a dieta y familiares hablando de dietas, en la escuela sufrir violencia por ser niña gorda. Yo me sentía representada con Úrsula porque era la única representación de mujer gorda en Disney. Siempre como villanas y graciosas en los medios de comunicación. Yo quería ser como Mónica en Friends: acosada por ser niña gorda y adelgazó y triunfó. Yo voy a ser como Mónica. En mi casa, mi padre y mi madre querían que cumpliera los estándares corporales de la sociedad. Todas estas vivencias sociales tienen un impacto enorme en los trastornos alimentarios. Sentimos que la sociedad quiere borrar, eliminar a las personas gordas; nos hacen sentir que somos una epidemia y que tenemos que ser borradas”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

• Estigma del peso

Existe un acuerdo en que hay una jerarquía moral de los cuerpos, donde los de las mujeres gordas ocupan el nivel inferior. Las mujeres con cuerpos no normativos llegan a sentir

que la vida es eso que pasa mientras haces dieta. Las dietas les robaron sus vidas; sentían que tenían que alcanzar cierto peso para ser socialmente aceptadas, para vivir de la forma que deseaban. Así, llegaron a manifestar que había actividades destinadas a las personas delgadas y que, si no te adaptabas al cuerpo hegemónico, no tenías derecho a realizarlas: ir a la playa, ponerse un traje de baño, tener pareja, hacer ejercicio, buscar trabajo, comprar ropa, asistir a eventos sociales (cenar, fiestas). Para muchas personas, esto nunca pasa y la vida se pasa mientras esperan o llevan a cabo dietas o conductas que dañan su salud física y mental.

“Mira, el otro día me llamó muchísimo la atención que salió una nueva película que la protagonista era una gorda. Y era la primera... o sea, y cuando lo vi, fue la primera vez que me di cuenta de que era la primera película que había que... era una gorda la protagonista. No sé, pero me pareció súper importante... Bien, tenemos tan interiorizado que el éxito, que la fama es de las personas delgadas que me llamó mucho la atención. Y sí, sí, que creo que todo el éxito, el amor, todo está relacionado con que tienes que ser delgada.”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Asumir que para cuidarte: someterte, maltratarte por un estándar. Producto que se imprime se empaqueta y cumplir con disposiciones. Nos meten en la cabeza a las mujeres gordas mensajes que nos roban la vida. Nos dicen que no somos suficiente. Nos roban nuestra humanidad.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

Todas las participantes coinciden en la culpabilización que se hace de las personas cuando tienen cuerpos grandes (no normativos) y de que muchos productos/servicios que se ofrecen en nuestra sociedad están diseñados para fallar (dietas, productos milagro), además de dañar la salud física y mental.

“Vivimos en una sociedad salutista y reduccionista: mi salud depende de lo que como y de lo que entreno y, de

esta manera, también tendré una buena salud mental. Es cierto que hay un fuerte componente individual, pero también hay otros factores que determinan la salud en los que no puedes intervenir. Y, cuando vas al médico, te aconseja como medida de salud adelgazar.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

“Hoy en día, la gente asocia salud y peso. En mi familia hay gente que dice que ellos tienen báscula para estar saludables, para poder controlar su peso y estar saludables, y, bueno, yo es algo que no comparto para nada; realmente, creo que el peso es un número.”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

También se han abordado las consecuencias del estigma del peso y se observa un acuerdo en todas las participantes sobre las graves consecuencias físicas, sociales y emocionales de las personas que llevan a cabo dietas. Existen formas muy normalizadas, que incluso parecieran sutiles, de lastimar y deteriorar la imagen corporal de los niños y las niñas. Una de ellas es la dieta. Cuando se pone a dieta a una niña, se le da la idea de que su cuerpo es inadecuado.

“Cuando vas al médico, te recetan lo que te está “matando”. Vivir durante años con restricciones constantes y ver que no se te cree, que se desconfía de que se estén siguiendo las indicaciones de dieta porque no hay una correspondencia entre el peso y cómo se están alimentando.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“No saqué fotos de pequeña durante años con amistades porque estaba avergonzada por mi peso. Ahora añoro no tener ningún recuerdo y me arrepiento”.

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Puedes caer enferma por no recibir el tratamiento adecuado porque no se hacen los estudios que corresponden. Cuando voy al médico, solo me mandan adelgazar; porque, de entrada, se presupone que tengo hábitos no saludables. El gaslighting en la consulta médica. No me creen, me invalidan y asumen que hago trampas (no sigo la dieta pautada) porque no bajo de peso. ¿Sabes cuántas personas gordas asisten diariamente al médico por algún malestar o padecimiento y salen sin ningún diagnóstico y con la única indicación de perder peso? ¿Sabes cómo el estigma del peso afecta la salud de las personas gordas?”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Cuando sientes que te van a juzgar, escondes cosas. El estrés que tienes al ir al médico hace que todo empeore. Con dos semanas de anterioridad, empiezo a pensar que tengo que ir al médico. Piensas en la última cita, pesocentrista, no me peses y, si me tienes que pesar, no me digas e hizo justo lo contrario.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Tengo miedo a ir al médico, a que pongan a dietas, mandar a morir. Cuando ven que no bajas de peso, te dicen que tienes que disciplinarte. No tienen en cuenta que hay salud y enfermedad en todas las tallas corporales.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“No voy al médico porque tengo miedo de que su indicación sea de nuevo bajar de peso. Y estoy preocupada porque en mi familia se han muerto familiares por cáncer de estómago y siento malestar en el estómago, pero no voy a consultas médicas”.

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“A nuestras parejas les da vergüenza que las vean salir con nosotras. Por eso, entre las mujeres gordas, hay mujeres que aceptan continuas faltas de respeto y permiten excesos en la pareja. Aceptan relaciones violentas: las parejas les dicen con frecuencia y ellas sienten que no va a haber nadie más que quiera tener relaciones con ellas.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“No es coincidencia que muchas mujeres gordas estén en relaciones abusivas, porque llegan a creer que no tienen otra opción. No se ven las banderas rojas porque se ha experimentado tanta violencia que llegan a interiorizar que las situaciones violentas son lo normal en las relaciones de pareja. Piensa que no se es merecedora de otro tipo de relación y normaliza las violencias. Es difícil salir de las dinámicas de abuso por parte de las parejas.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Se llega a asumir que no se es suficiente, que somos indisciplinadas, que estas relaciones de violencia por parte de la familia, amigos, compañeros de trabajo o pareja son normales.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Funcionamos con el miedo. Tener miedo a la humillación. Siento que muchas veces no he disfrutado de la vida porque se hace todo en función del cuerpo. Soy más que un cuerpo. Ver nuestra vida pasar por estar en guerra con mi cuerpo. Me causa tristeza toda la vida que me he perdido. En la distancia, ves en tu vida todo lo que te has perdido por estar en guerra con tu cuerpo: se van a burlar de mí, no ir a la playa de joven por miedo a las situaciones de humillación, no poner traje de baño, cuando buscas trabajo de mayor... El sistema gana cada vez que hacemos algo por miedo. Me da miedo hablar de esto, el miedo puede estar ahí toda la vida. Hacerlo con miedo es un acto de

resistencia maravillo. Este es mi cuerpo y merece vivir. Hablar de todo esto hace que se empuje al sistema para conseguir transformar la sociedad.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Merecemos ocupar nuestro espacio. Parar la policía alimentaria, te vas a comer todo eso desde mirada amigo, madre, médico.... Poner límites cuando se refuerzan los trastornos alimentarios y conductas de riesgo. Todo esto impacta en nuestras vidas. Lo peor que me puede pasar es no disfrutar mi vida no estar en un peso no normativo. Soy más que un cuerpo, yo no soy solo un cuerpo.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

Resulta de gran importancia el testimonio de las mujeres que han padecido un trastorno alimentario con cuerpos no normativos sobre la superación del estigma del peso.

“Tuve que pasar un duelo porque tuve que despedirme de amigas. Sentía que no podía confiar en lo que me decían personas importantes como la familia o los médicos. Me sentía sola todo el tiempo. Sentía que iba a contracorriente.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Superar esa situación gracias a la convivencia con mujeres gordas:

- Respeto hacia nuestros cuerpos, aunque haya cosas de mi cuerpo que no me gusten. Me centro en lo que mi cuerpo hace por mí. En su funcionamiento.

- Grupos de gordoridad. Sentirte acompañada, vista y comprendida por personas que pasan por situaciones similares.

- *Pasé por lo mismo que tú, siento lo mismo que tú incluso en lo virtual.*

- *Lucha diaria hacia el sistema.”*

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Fortaleza mental no es no dudar. Vivimos con gaslighting, manipulación colectiva. Seguimos escuchando la misma pregunta: “¿pero no te importa tu salud? Tienes que ponerte a dieta”. La cultura de dieta y la gordofobia se disfraza de muchas formas. La gente dice que te estás descuidando cuando la realidad es distinta. Tienes interiorizada verte bien o mal en función del peso que se tiene porque se tiene el refuerzo social en función de esto: médicos, familia, amistades.

“Sin embargo, es al contrario. Puedes tener el peso más bajo y sentirte peor de salud: más débil por estar alimentándote peor y sintiéndote peor anímicamente (depresión y ansiedad). Incluso con presencia de atracones debido a los periodos de restricción. Puedes tener un peso más alto y estar alimentándote bien y sin atracones. Y encontrarte bien anímicamente, pero encontrando un rechazo social por el peso. Es lo más que me he cuidado toda mi vida”.

“Durante el proceso de recuperación del trastorno alimentario se duda, porque la duda es parte del camino, es como un laberinto. Hay que permitirse dudar y regresar al camino. Darse permiso de sentir esta duda y después seguir en el camino. Hay que tener en cuenta que cuando nos compararnos con otras personas que se sienten bien con su cuerpo y yo no. No lo estoy haciendo bien. Te sientes mojada todo el tiempo por la lluvia: depresión y ansiedad.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Vamos contracorriente. El deseo de bajar de peso nunca se va porque hay un privilegio (relaciones sociales, biquini, asiento avión...) sabemos que este deseo viene por el

sistema en el que vivimos, la sociedad me obliga, pero yo necesito vivir. El Body Positive, mensaje industrial donde se nos sigue tratando como un objeto. El deseo de bajar de peso no se va durante el proceso de recuperación porque hay un privilegio en estar delgada. Pero ahora se reconoce que no nos pertenece, que es parte de un sistema que oprime a las personas gordas. Hay que llegar a la conclusión de que se necesita vivir en el cuerpo que se tiene. Agradecer al cuerpo por todo lo que permite hacer y ser compasiva. Es muy abrazador.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Y también cómo impactamos en la vida de los demás. También ayuda cuando hay una repercusión positiva en redes sociales. Subí una foto en bañador que dudé mucho subir por la exposición de mi cuerpo, pero representaba un momento en el que me había sentido muy bien. Pensé que recibiría críticas por mi cuerpo y, en lugar de eso, vi que había impactado positivamente en otra mujer gorda que me dijo: “Gracias por compartir esa foto!”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“También es necesario un cambio en las redes sociales. He dejado las cuentas en redes sociales sobre la dieta, pero antes seguía cuentas de mujeres delgadas para bajar de peso y veía consejos poco saludables. Ahora solo sigo cuentas que respetan la diversidad corporal.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

Finalmente, no existe un acuerdo con respecto a la palabra gorda debido a sus connotaciones. En nuestra sociedad, se utiliza la palabra ‘gorda’ o ‘gordo’ como insulto, como una forma de ofender o humillar. Sin embargo, la gordura debería ser considerada una cualidad física más, como cualquier otra (la altura, el color de pelo, el color de ojos). Por este motivo, hay disparidad de opiniones con respecto a la utilización de la palabra gorda entre las participantes.

“Me siento cómoda con que se me describa como mujer gorda. A pesar de que socialmente se ha utilizado como un insulto, creo que es necesario normalizar esta palabra. Lo único que hace es describir físicamente cómo soy. Por el contrario, estoy totalmente en contra del uso de la palabra obesidad porque es utilizada socialmente para asociar peso y enfermedad. Creo en la diversidad corporal y creo que tengo un cuerpo gordo y parte de mi proceso de recuperación del trastorno alimentario consistió en aceptar cómo es mi cuerpo físicamente.”

Mujer que padeció un trastorno alimentario con cuerpo no normativo

“No me siento bien cuando me llaman gorda. De pequeña mis compañeros me insultaban de esta manera y me siento incómoda con la palabra gorda.”

Mujer que padece un trastorno alimentario con cuerpo no normativo

• **Agentes de socialización de referencia: medios de comunicación, redes sociales, industria audiovisual y moda**

Existe unanimidad con respecto a la falta de diversidad corporal. En nuestra sociedad no se contempla la diversidad corporal en las propuestas de indumentaria, en espacios públicos, series, películas, por ejemplo. No se promueven imágenes diversas.

“No existe una sintonía entre los cuerpos de las mujeres, cuando vamos por la calle, con la variedad de mujeres que nos encontramos, con cuerpos delgados que siempre vemos en medios de comunicación o redes sociales. Y esto influye en cómo nos vemos y nos sentimos culpables si no tenemos ese cuerpo... Ahora me doy cuenta de que el mundo no es como me lo enseñan en las pantallas, pero cuando empecé con el trastorno alimentario no.”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso.*

No encuentro diversidad corporal, no me siento representada. Además, el peso asociado a una serie de privilegios,

las mujeres cosificadas. Las mujeres, en función de su peso, es como si tuvieran que cumplir con unas normas de calidad y, si no estás dentro del peso, entonces somos desechables.

Mujer que padeció un trastorno alimentario grupo no normativo en función del peso

Todas las participantes coinciden en que, en los medios de comunicación y redes sociales, se transmiten mensajes engañosos sobre el control del cuerpo, sobre que nosotras podemos moldear el cuerpo a nuestro antojo.

“Pues yo creo que pinta muy de color rosa cuando realmente no es así. Aparte de que todo se enfoca en el cuerpo ideal y querer verse bien, así cuando realmente se tendría que enfocar en el amor propio. Y el amor propio no tiene nada que ver con cómo te veas físicamente. Pero las redes sociales y los medios de comunicación fomentan muchísimo el mensaje de control del cuerpo. Me tienen salido anuncios de adelgaza con ejercicios en pared, entra en tu cuerpo de verano y cosas así, o deja de ser un vago y métete en el gimnasio. Yo creo que estamos rodeadas de culpabilización, de que, si no tienes ese cuerpo, es que no quieres. Pero considero que una persona puede estar sana y estar gorda, comer saludablemente y hacer ejercicio y seguir estando gorda.”

Mujer que padece un trastorno alimentario grupo no normativo en función del peso

“En las redes sociales nos comparamos con otras personas y sentimos que no lo estamos logrando (dieta, aceptación corporal, ser la mejor versión de mí misma). Se ve menos del 1% de la otra persona, pero, con las imágenes que se muestran, sentimos que yo no tengo ese cuerpo de la otra persona, esa casa, esa seguridad en mí misma... Además, las redes sociales tienen un doble filo:

- Apoyo. Porque una sola foto puede hacer sentir acompañada a una persona; una parte buena porque nos sentimos acompañadas

- Pero la otra cara de la moneda es un lugar muy oscuro, que impacta de una forma negativa en la salud mental, bienestar integral. Sobre todo, en la infancia y la adolescencia, cuando el cerebro es una esponja que absorbe todo.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“La influencia de las redes sociales cada vez va a más. Es difícil resistirse porque, si pones una foto de tu cara o de tu cuerpo en tus publicaciones, tienen más repercusión. Los contenidos que pones influyen en la visión que tienes de ti misma y también influyen en los demás. Cuando no se muestra el cuerpo, se sacrifican seguidores y alcance. Además de escoger lo que funciona en redes sociales, hay que ser coherente con una misma. Si no me encuentro cómoda compartiendo fotos de mi vida, no tengo por qué hacerlo... es una cruzada importante.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

“El consumo masivo de redes sociales es un factor de riesgo para la insatisfacción corporal en las mujeres y para desarrollar un trastorno alimentario. Las redes sociales incitan, para tener mayor repercusión y visibilidad, a mostrar tu aspecto. Genera codependencia. Yo te regalo mi aspecto y obtengo likes, comentarios o emojis... y esto implica más visibilidad. Y, además, los likes son adictivos.

“Por otro lado, el algoritmo refuerza la dependencia de exposición a determinados contenidos. Si la persona consume mucho contenido de moda o estética, todo el contenido que le aparezca como recomendado va a ser afín a todos estos temas; de vuelta, el foco en el cuerpo, en cómo se luce, cómo se maquilla, cómo se trata, cómo se viste... Realidad filtrada de dos maneras”:

- Uso de filtros e imágenes editadas cada vez más tenue y sutil

- “Se filtra contenido. Se muestran fotos de realidad ideal y no de lo que puede suceder el resto del día, que no es

ideal (enfados o problemas), que también forma parte de la realidad. Por lo que el público que consume puede pensar que esta realidad idealizada es la vida real.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

“Además de la realidad filtrada podemos encontrarnos, incluso en la recuperación, problemas con las redes sociales”.

- “En las redes sociales no nos encontramos con grupos de terapia dirigidos por un profesional, sino que son personas en proceso de recuperación. Así, si pones hashtag #bodypositive, la mayoría de las publicaciones contienen conductas alimentarias desordenadas, abuso de ejercicio, porque personas que usan esa etiqueta están en vías de recuperación”.

- “Además, es frecuente encontrar imágenes del antes y del después del propio cuerpo. Cuando incluso puedes leer en el post cómo la recuperación no va solo del peso. Sin embargo, se muestra el cuerpo como parte del éxito del proceso de recuperación. Esa imagen vende, da más likes y más visibilidad.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

“Mensajes en redes sociales y en la sociedad en general: salutismo, sistema patriarcal, violencia estética, roles y estereotipos de género en las mujeres y el estigma del peso... Si no tienes conocimientos y te llegan estos mensajes como los niños y adolescentes... Series en las que las mujeres compiten entre ellas, se critican por su aspecto físico; todo va al rol al estereotipo de género, violencia estética... Hoy, redes sociales en la mano... Antes era un privilegio tener una televisión. Hoy todo el mundo las tiene, hay accesibilidad”.

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Bueno, entonces sí que lo tengo hecho, cuando estaba muy mal, leyendo artículos que subían personas que de-

cían que eran nutricionistas sobre dietas... Pero luego me di cuenta de que eso no funciona y que seguir solo me iba a perjudicar. No es cierto que si como de esta manera, mi cuerpo va a tener una forma o voy a tener este peso, pero luego me di cuenta de que no.”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

“En las redes sociales se dan comparaciones sociales. Se normalizan filtros y subir solo imágenes. Me comparo con imágenes irreales que no existen porque me puedo comparar con aquellas personas que ni siquiera existen. La insatisfacción corporal de las mujeres está normalizada y por eso existen esas artimañas para tratar de dar tu mejor imagen, aunque no sea una imagen real.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

“Cuando no tienes el pensamiento crítico, no tienes la personalidad formada, a lo mejor te puedes dejar influenciar por los contenidos de las redes sociales. Por eso, yo estoy en contra de las redes sociales como tal. Ahora no tengo redes sociales porque quiero evitar los contenidos de retos que tanto daño me hicieron durante el confinamiento. Yo he tenido redes sociales a partir de los 12 años. Y sé que es algo muy radical, lo sé, pero no creo que sea favorable para una niña de 12 años. Estar todo el rato comparándose en redes sociales con influencers o que, de repente, veas algo en TikTok que quieras copiarlo y acabes, pues eso, con un trastorno alimentario o que, de repente, salga de moda a un reto virtual, como me pasó a mí, y acabes también obsesionándote con el deporte.”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Tienes que hacer muchas barbaridades. La mayoría de las mujeres para entrar dentro de ese ideal. Y hay muchas que ni siquiera van a entrar por genética, porque es un cuerpo muy, muy irreal. Yo creo que es como sí, es verdad que es súper insano, pero ojalá, pudiera tener yo

ese cuerpo. Yo que sé, yo veo a Kim Kardashian que estuvo cuatro días en una sauna, metida en una bolsa de plástico para entrar en un vestido para la alfombra roja. Y digo, tía, estás loca. Pero luego la ves en las fotos y ves aquel cuerpo. ¿sabes?... O sea, estoy segura de que Kim Kardashian haya subido una foto en una sauna, metida en una bolsa de basura, ha promovido a muchísimas mujeres a hacerlo. Rosalía también la subió. A ver, estas personas puedan llegar a tener ayuda psicológica, pueden tener esa capacidad como para reflexionar lo que está bien y lo que está mal. Pero hay muchas niñas, mucha gente que no tiene esa capacidad para pensar, no la ha desarrollado aún.”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“En la pandemia comencé a seguir una página para tener unas pautas de ejercicios y, a partir de ahí, me empecé a obsesionar, empecé a restringir y a vomitar, pero por mi genética nunca llegué a tener bajo peso por más cosas que hiciera. Además, por las cookies del ordenador, a raíz de esto, solo me salía información poco sana de estos temas relacionados con adelgazar,”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

*“¿Qué es una canción de reguetón si le quitas la música?
Un hombre acosándote.”*

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

• Agentes socialización de pertenencia: familias, parejas, profesionales salud y educación

Todas las participantes consideran que las presiones que se ejercen desde los agentes de socialización de pertenencia también juegan un importante papel en el desarrollo de los trastornos alimentarios de la sociedad actual. Sobre las parejas:

“Tengo una amiga que está muy obsesionada con el físico porque tuvo una relación tóxica, entonces estaba muy ob-

sesionada con la aceptación de los hombres, básicamente. Entonces, ella sube fotos para que los tíos le hablen y eso me lo reconoció ella porque me dijo que subía esas fotos para ligar. Y las sube con mucha frecuencia, y todas las fotos que sube las edita, su cara, su cuerpo, todo, y claro... Y sube unas fotos de ella que no son reales. Al parecer es el pan nuestro de cada día, que no es que sea tampoco algo infrecuente en las redes sociales. Pues yo tenía un amigo que vio sus fotos y quedó con esta chica. Y el tío se quedó un poco flipando, porque no se parecía casi nada a la de las fotos, era como... mi amigo me lo contó, pero yo no se lo conté a ella porque no quería hacerle daño. Pero es que me da pena, pero lo hablé con ella y me dijo que quería sentirse aceptada por los tíos.”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

Sobre profesionales de la salud

Existe unanimidad entre las participantes sobre que la mayoría de los/as profesionales médicos de distintas especialidades utilizan el peso como indicador de salud. Teniendo interiorizada la delgadez como ideal de salud y la obesidad como enfermedad.

“Mi psicólogo de la seguridad social me mandó a un nutricionista cuando vio que estaba restringiendo mucho. Y yo tenía muchas ganas porque quería dar un paso más, porque veía que se me iba de las manos. La primera vez que fui al nutricionista me pesó y yo no estaba en bajo peso porque por mi constitución ahora sé que, por muy poco que coma y haga ejercicio, nunca voy a estar ahí. El nutricionista me preguntó por qué no comía y yo le dije que no era capaz de comer. Y, al poco tiempo, me empezó a decir que yo era una egoísta porque en el mundo había gente totalmente desnutrida que no tienen nada para comer y que están luchando por vivir, que a ver yo lo tenía todo y no lo valoraba. Yo salí llorando de esa consulta y peor de lo que había entrado.”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Para mí, fue un detonante en la restricción la consulta del endocrino. Mi endocrino siempre me decía de broma que era muy gordita. Yo siempre iba a esta consulta con mi hermana, al mismo endocrino el mismo día. Primero, me revisaba a mí, después revisaba mi hermana que iba siempre perfecta de peso y me enseñaba su gráfica perfecta. Y después a mí me ponía en la misma gráfica y yo iba fatal. Después me decía “si no llegas a los valores de la gráfica de tu hermana, te pongo la dieta”, y yo le decía “pero es que yo hago ejercicio, hago tenis y no como mucho”. Y dejé de ir al endocrino porque no me hacía bien. Unos años más tarde, fui a poner una vacuna a mi médico de cabecera y me dijo que pesaba más de lo que tenía que pesar y me dijo “te voy a dar cita para enero, si en enero no has bajado 15 kilos, te pongo dieta”.”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“El abordaje pesocentrista de muchos profesionales va orientado a la dieta y olvidan que la dieta está detrás de muchas patologías, y que es un factor de riesgo de trastornos alimentarios.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

“Cuando te pones las lentes de la no dieta, ves la violencia a la que has sido sometida durante años. La falta de diversidad corporal y el estigma del peso. Se ataca la salud proponiendo dietas y otras medidas que hace que, a la larga, las personas tengan más peso y peor salud mental. La sociedad patriarcal, abusiva, violenta. Pornografía, estereotipos de la mujer... y una única manera de entender el sexo.... “

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Se está haciendo daño con una visión pesocentrista: control del IMC de los niños, examinar la alimentación y clasificar alimentos como buenos o malos y el reduccionismo.

Todo ello en la línea de hipervigilar el cuerpo. Se tiene evidencia de que hace daño y se sigue haciendo.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

“Tuve mi primera dieta antes de mi primera menstruación, con el nutriólogo el que acudí a la primera consulta médica, donde el nutriólogo dijo que, si no bajaba de peso, me moriría joven. Mi madre no quería una hija gorda. Querían una hija que cumpliera con los estándares de la sociedad. Permiso de bata blanca para poner a mi hija a dieta y violentar a mi hija. Estas vivencias de las mujeres impactan en nuestra salud mental.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Tengo ido a consultas por otros motivos y venga a insistir en el peso. Hacerme analíticas estar todo bien y venga a incidir en el peso y a ponerme dietas.”

*Mujer que padece un trastorno alimentario
grupo no normativo en función del peso*

“Mi trastorno alimentario no se inició por un problema de insatisfacción corporal, pero precisamente el tratamiento me trajo problemas con mi insatisfacción corporal. Debido al foco que se ponía en el peso. Incluso tuve algunos comentarios que parecían reforzar mi enfermedad de familiares en torno a mi cuerpo: “qué pena que se te haya ido de las manos porque esto un poquito más controlado era bueno”; “ojalá yo hubiera podido tener un poquito de los que tienes tú, y, entre tú y yo, hacíamos un tándem perfecto”. La sobreatención que se dio a mi cuerpo me generó problemas con mi insatisfacción corporal”.

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

Sobre la formación de profesionales de la salud:

“Encontraba una disonancia en la sociedad. Me sirvió enfadarme con médicos y el input que recibía de la sociedad. Voy a hacer algo que me funcione a mí. Tengo que ser crítica. Esa disonancia que yo veía en la sociedad es la que me llevó a estudiar nutrición. Pensé que esas dudas que tenía se resolverían en la carrera. Pero solo encontré reduccionismos. Tuve que buscar las respuestas a las preguntas que me hacía por mi cuenta. Tenía que entender el porqué de esa disonancia. Mucha rigidez y control en tratamiento de los trastornos alimentarios, con perspectiva pesocentrista. Se me dejaba el postre dulce cuando necesitaba subir de peso y se me retiraba cuando ya estaba en el peso. Tenían miedo de que me pasara al otro lado...”

Mujer que padece un trastorno alimentario con cuerpo no normativo

“Exacto, te querían rescatar del control con más control en el tratamiento de trastornos alimentarios. Por ejemplo, me hacían escribir en una libreta todo lo que comía y yo encantada. O eran muy rígidos, tenía que comer dos platos y postre y, si un día comía pizza con mis amigos, en vez de felicitar me por introducir ese tipo de alimentos que evitaba, me decían que estaba mal hecho, que solo tenía que comer dos platos y postre.”

Mujer que padece un trastorno alimentario con cuerpo no normativo

“En el tratamiento del hospital no se abordaba influencias socioculturales. Solo alimentación y medicación. Me fue útil un terapeuta fuera (busqué por mi cuenta), donde hablé de los sociocultural y de los comentarios sobre el cuerpo.”

Mujer que padece un trastorno alimentario con cuerpo no normativo

“En terapia autoconfianza y autoestima, pero no formación específica en psicoeducación sobre aceptación corporal, sobre la importancia física a nivel social. Actualmente, sí, pero hace unos años no.”

Mujer que padece un trastorno alimentario con cuerpo no normativo

Sobre el papel de las/os profesionales de educación:

“Es necesario el trabajo sobre buena relación con la comida y el cuerpo en positivo. No solo en el ámbito de la salud, sino también en la educación. La insatisfacción corporal en las mujeres es epidémica. Por ejemplo, actualmente, en el colegio está muy claro que un niño no puede pegar a otro y se le castiga si lo hace. Sin embargo, no se hace lo mismo cuando se habla del cuerpo de otros niños y se utiliza la palabra gordo o gorda para insultar. Salen del cole sabiendo que es malo pegar, pero no salen del cole sabiendo que no se puede opinar del cuerpo de los demás ni tocar el cuerpo de los demás. En el profesorado no hay esta conciencia ni las herramientas de cómo reconducir la situación. No saben cómo gestionarlo.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

Conocidos y grupo de iguales:

“Asociación entre éxito y peso. Por ejemplo, amiga deprimida porque la despiden del trabajo y la gente refuerza socialmente la pérdida de peso, diciendo lo bien que está.”

*Mujer que padeció un trastorno alimentario
grupo normativo en función del peso*

4.5.2. Necesidad de transformaciones sociales

Los grupos de discusión de mujeres que padecen un trastorno alimentario consideraban necesario que se llevaran a cabo cambios sociales, pero presentaron menos alternativas. Sobre el abordaje de la insatisfacción corporal manifiestan:

“La sociedad tiene que tomar conciencia que la insatisfacción corporal de las mujeres es algo grave. Si sabemos problemas de la insatisfacción corporal. Se debería concienciar a profesorado, alumnado, familiares. Los medios de comunicación deberían estar informados y visibilizar estos problemas. Necesaria interdisciplinariedad y tratar la disonancia.”

Mujer que padeció un trastorno alimentario con cuerpo normativo

“Se han tomado algunas medidas, ahora en Instagram pone cuando estás usando un filtro. Las mujeres que se quejan cuando se cambian sus cuerpos en los reportajes con retoques. Pero claro, aunque se ponga un mensaje pequeño, siempre tiene más poder la imagen.”

Mujer que padeció un trastorno alimentario con cuerpo normativo

Sobre la diversidad corporal.

“Se necesita mayor diversidad de cuerpos. Se necesita representar a mujeres en diferentes actitudes, personalidad, méritos... Si se pone el foco en el cuerpo. Se romantiza el Body Positive. Al principio diversidad corporal. Actualmente, cuerpo gordo bonito y foco sigue estando en la estética, en el aspecto exterior. Necesario movimiento de neutralidad corporal. Mi cuerpo no me tiene que encantar. Tengo que respetar mi cuerpo. Es difícil que mi cuerpo como mujer me guste por toda la construcción social que recibo. Sí que es positivo tener referentes de actrices y de mujeres en otras profesiones con cuerpos grandes con diversidad corporal.”

Mujer que padeció un trastorno alimentario con cuerpo normativo

Sobre el estigma del peso.

“La identidad la construye un sistema. El sistema es el que tiene que cambiar porque nosotras tenemos que cambiar nuestro peso y nuestra corporalidad. Esta pelea por cambios es larga. Educar sobre estigma del peso, gordofobia, opresiones sociales, sistema... Cambio radical en las estructuras sociales: médicos, laborales, educativas... Aceptación de la diversidad: se necesita perder el miedo a la palabra gorda. No se puede combatir connotación de la palabra gorda ocultándola. Para cambiar, necesitamos seguir usándola y educándonos en gordofobia, estigma del peso. Al igual que la palabra negra. Aunque personas gordas fueran enfermas, se necesita respeto. Son necesarios programas educativos para quitar a la palabra gorda el poder de violencia.”

Mujer que padeció un trastorno alimentario con cuerpo no normativo

“Hay que hacer que se cambien los lentes. No atacar a las personas gordas. Cambiar políticas es cambiar un país y no es popular porque argumentan que tú quieres que todo el mundo esté gordo y no te importa salud de la gente. Y, al contrario; hacer cambios pequeños. Se pese al final de la consulta y no al inicio. Ir a consulta sin que haya prejuicios por parte de los profesionales médicos. Hacer hincapié que se trata de un espacio seguro.”

Mujer que padeció un trastorno alimentario con cuerpo no normativo

“Quitar connotación palabra “gordas” son flojas con falta autoestima y aunque lo significara no pueden vulnerar tus derechos. Una postura salutista va en contra de los derechos humanos.”

Mujer que padeció un trastorno alimentario con cuerpo no normativo

“Trabajar con el lenguaje y hacer una resignificación de la palabra gorda y todo lo asociado a la violencia estética y al estigma del peso. Hacer un análisis crítico”.

Grupo discusión profesionales/activistas

Sobre la alfabetización mediática.

“Es necesaria la alfabetización mediática: programas educativos con familias y estudiantes. Cómo compartir contenidos en un soporte tecnológico que no va a desparecer. El acceso masivo a pornografía es algo tremendamente preocupante. Aunque las familias tengan filtros los niños y adolescentes saben más que los adultos. El control parental por sí mismo no vale, no puede ser la única medida. La educación no solo puede ser en negativo porque genera más curiosidad y hay que hacer educación en positivo en casa: enseñar a las familias a educar a las pacientes.”

Mujer que padeció un trastorno alimentario con cuerpo normativo

“Los niños y adolescentes: difícil crear espacios seguros porque saben más que familias de redes y se va de las manos”.

Mujer que padeció un trastorno alimentario con cuerpo no normativo

Sobre los/as profesionales de la salud o educación.

“Hay profesionales clave que necesitan formación. Es necesario educar a profesionales: magisterio, medicina, nutrición.”

Mujer que padeció un trastorno alimentario con cuerpo normativo

“Es necesaria educación nutricional positiva: En las escuelas serían necesarios modelos que pudieran inspirar a como tener una relación buena con la comida. Un buen estilo de alimentación que sea compatible con cualquier tipo de alimento. Escuelas, institutos, guarderías (desayunos saludables) a padres e hijos.”

“En Instagram o cuando se busca información en Google, casi siempre aparece desde el miedo. En redes sociales: cuidado con, se enseña a tener miedo a los alimentos.”

Mujer que padeció un trastorno alimentario con cuerpo normativo

“En nuestra sociedad no se habla de la imagen corporal ni de las emociones. Es necesario validar las emociones vinculadas a la imagen corporal. No te sientes bien con tu cuerpo. ¿Qué estás sintiendo?... Se necesita una estandarización de un programa y no de muchos temas aislados y desarticulados.”

Mujer que padeció un trastorno alimentario con cuerpo normativo

Sobre la necesidad de legislar.

“Es necesario legislar. Llevar a cabo acciones de que he visto y leído advertencias”.

- “Advertencia como en paquete de tabaco. Usar esta aplicación puede tener sus problemas en la salud mental y sus consecuencias...”

- *“Suplementos, dietas y pérdida de peso. Consentimientos informados de los riesgos que puede tener este tipo de intervenciones y de que los supuestos beneficios de la intervención no están abalados por la evidencia científica”.*

- *“Ejemplo a pesar de reglamentación alimentaria... envases de alimentos que pueden inducir a error. Por el nombre, o el dibujo del envase con formas corporales...”*

Mujer que padeció un trastorno alimentario con cuerpo normativo

5. Fase III. Estudio cuantitativo: encuesta online a mujeres jóvenes que padecen o han padecido un trastorno alimentario

Se detalla en la Figura II.4. los pasos dados en la Fase III, el estudio cuantitativo con la cumplimentación de la encuesta online por parte de mujeres jóvenes (18-30 años) que padecen o han padecido un trastorno alimentario.



5.1. Objetivos específicos

La investigación pretende alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- Detectar/identificar los trastornos alimentarios más frecuentes en las mujeres de la muestra que padecen un trastorno alimentario.
- Indagar sobre los factores que propician el desarrollo de un trastorno alimentario en las jóvenes, identificando, desde una perspectiva interseccional, si existen variables sociodemográficas y psicológicas que incrementan o disminuyen la vulnerabilidad frente a estos trastornos (factores de protección y de riesgo).
- Realizar una aproximación a cómo perciben las jóvenes que padecen o han padecido algún trastorno alimentario sus cuerpos, cómo se ven representadas en las redes, en los medios y en la publicidad. Se quiere identificar las experiencias de discriminación y violencias corporales que

padecen y son capaces de percibir en su vida cotidiana (vinculadas a la exigencia del cumplimiento del canon de belleza y a la cultura de la delgadez).

- Determinar el nivel de autoconciencia que tienen del fenómeno del sexismo y la discriminación corporal existente actualmente en dichos medios (familia, grupos de iguales, medios de comunicación y nuevas tecnologías) y su relación con la alimentación y el desarrollo de un trastorno alimentario.
- Plantear soluciones y/o propuestas a modo de conclusión (como políticas, estrategias o actuaciones) por parte de las instituciones, entidades y profesionales que podrían llevarse a cabo para minimizar los riesgos.

5.2. Elaboración encuesta online

Para la selección de preguntas y bloques temáticos de la encuesta, se ha tenido en cuenta la revisión de la bibliografía científica, así como el análisis de los resultados obtenidos durante las fases I y II de la investigación con:

- Profesionales/activistas
- Mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario con cuerpos normativos y no normativos.

La encuesta online contaba con 10 bloques temáticos, presentados en orden consecutivo, con presencia de variables de los tres niveles revisados en el marco teórico: intrapersonal, interpersonal y estructural. Se diseñó de forma que hubiese diferentes itinerarios en función de la respuesta a las preguntas clave (ver Anexo 5) y de los objetivos de la investigación:

- **Datos sociodemográficos y de evolución clínica** (Bloque A).
- **Vulnerabilidad individual.** Exposición sociomediática. Medios de comunicación y redes sociales (Bloque B)
- **Vulnerabilidad psicológica individual.** Son preguntas que se habían incluido ya en otros cuestionarios, previamente validados con mujeres jóvenes españolas, sobre variables psicológicas. Dichas variables están fuertemente

relacionadas con la presencia de desórdenes alimentarios, insatisfacción corporal y estigma del peso desde un punto de vista sociocultural. Está compuesta por cuestiones sobre conciencia sobre las redes sociales (Bloque C), cuestiones sobre pensamiento crítico hacia los medios de comunicación (Bloque D), cuestiones sobre interiorización de prejuicios sobre peso (Bloque E) y cuestiones sobre comparación social (Bloque F). Además, se han elaborado algunos ítems ad hoc para este estudio con cuestiones pendientes.

- Violencias interpersonales vividas en primera persona vinculadas a estereotipos y prejuicios de género (Bloque G).

- Violencias estructurales: conciencia sobre situaciones sociales de discriminación de la mujer, peso y raza (Bloque H) y opinión sobre la presencia de diversidad corporal en nuestra sociedad (Bloque I).

• Opinión sobre la necesidad de transformaciones sociales (Bloque J).

Los bloques se presentaron en este orden con el objetivo de que las mujeres tomaran, en primer lugar, conciencia de su situación personal (con respecto a la exposición diaria que llevan a cabo en medios de comunicación y de redes sociales y a sus vulnerabilidades individuales) para mostrar, a continuación, sus vivencias sobre las violencias interpersonales relacionadas con el cuerpo de las mujeres y sus opiniones sobre las violencias estructurales en esta temática. Finalmente, dicho recorrido les facilitaría contestar su opinión sobre la necesidad de transformaciones sociales.

Por otro lado, para la elaboración de las preguntas de la encuesta, se ha considerado necesario utilizar un lenguaje que pudieran comprender y fuera aceptado por todas las participantes. Por ejemplo, al analizar la violencia simbólica que viven las mujeres, fundamentalmente, a nivel individual a través de Estereotipos de género y prejuicios (G) y, a nivel de lo que sucede en nuestro país, en las preguntas sobre Discriminaciones (H) y Diversidad corporal (I), no utilizamos el término de violencia simbólica, sino que ponemos ejemplos de diferentes contextos y escenarios (recogidos a través de los

grupos de discusión de pacientes y expacientes), porque hay mujeres que no están familiarizadas con esta terminología.

5.2.1. Datos sociodemográficos y clínicos

El bloque A incluía un cuestionario ad hoc sobre variables sociodemográficas y clínicas que permitieron la descripción de la muestra. Las primeras preguntas se correspondían con los criterios de inclusión de participación en la encuesta online: persona de identidad femenina de 18 a 30 años que padezca o haya padecido un trastorno alimentario con nacionalidad española. También se preguntó a las participantes por las siguientes variables sociodemográficas: comunidad autónoma, lugar de residencia, religión, raza, nivel de estudios, ocupación, pareja, independencia económica y práctica de deporte.

Así mismo, se indagó por las siguientes variables de evolución clínica: edad de inicio del trastorno alimentario, años de evolución, años de recuperación en caso de que ya estuviesen recuperadas, diagnóstico (según criterios DSM-V TR, APA, 2022) de trastorno alimentario (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y trastorno alimentario especificado) y tratamiento actual en mujeres que no estaban recuperadas.

En el análisis estadístico se utilizó la variable momento de trastorno alimentario:

- Actualidad. Mujeres que padecen trastorno alimentario en la actualidad.
- Pasado. Mujeres que han padecido un trastorno alimentario.

Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC; peso en kg/(estatura en m)²). Se categorizó este dato según la OMS para cuerpos no normativos (WHO, 1995).

- Cuerpo normativo. Mujeres con bajo peso y normopeso: IMC < 25.
- Cuerpo no normativo. Mujeres con cuerpos grandes: IMC ≥ 25.

5.2.2. Exposición sociomediática: medios de comunicación y redes sociales

El bloque B es un cuestionario elaborado ad hoc para este estudio con el objetivo de obtener información sobre el consumo mediático (medios de comunicación y redes sociales). Las cuestiones recogidas aportan información que permite describir los usos de los medios de comunicación (analógicos y digitales) y redes sociales, que pueden estar vinculados al riesgo de desórdenes alimentarios e insatisfacción corporal en las mujeres jóvenes españolas que padecen o han padecido trastornos alimentarios. Siguiendo a Calado (2010b), se ha indagado por frecuencia de exposición a contenidos vinculados con la insatisfacción corporal y los desórdenes alimentarios.

- **Frecuencia exposición diaria a medios de comunicación analógicos y digitales**

Cantidad de tiempo de exposición diaria a medios de comunicación analógicos y digitales: cadenas de televisión, emisoras de radio, prensa en papel, prensa digital, así como blogs y sitios de internet. Para ello, se usó una escala tipo Likert de 5 puntos: (1) Nunca (2) Menos de 1h (3) Entre 1-2h (4) Entre 2-5h (5) Más de 5h.

- **Frecuencia exposición diaria a redes sociales**

Cantidad de tiempo de exposición diaria a diferentes redes sociales como Instagram, WhatsApp, TikTok, Facebook, Snapchat, entre otras. Para ello, se utilizó una escala Likert de 5 puntos: (1) Nunca (2) Menos de 1h (3) Entre 1-2h (4) Entre 2-5h (5) Más de 5h.

- **Frecuencia exposición diaria a contenidos en medios de comunicación y redes sociales**

Para examinar los contenidos relacionados con la insatisfacción corporal y los trastornos alimentarios, se evaluó la frecuencia con que se exponen diariamente en los medios de comunicación y en las redes sociales a información sobre belleza, dietas, ejercicio físico, moda, vídeos musicales, salud, pornografía y contenidos antigordofobia. Para todas las preguntas, se utilizó una escala tipo Likert de 5 puntos: (1) Nunca (2) Menos de 1h (3) Entre 1-2h (4) Entre 2-5h (5) Más de 5h.

- **Exposición a polémicas y discusiones en redes sociales vinculadas a la imagen corporal y alimentación**

Se indagó sobre la exposición a polémicas y discusiones en redes sociales vinculadas a la imagen corporal y alimentación a través de preguntas sobre la forma de vestir de las mujeres, el aspecto físico del cuerpo de las mujeres, el peso de las mujeres, diferentes modos de alimentarse, hábitos de ejercicio físico, así como el origen étnico o racial de las mujeres. Para ello, se usó una escala tipo Likert de 5 puntos, de (1) Nunca a (5) Siempre.

5.2.3. Conciencia sobre las redes sociales

El bloque C se basó en la Appearance-related Social Media Consciousness scale (ASMC, Choukas-Bradley, Nesi, Widman y Galle, 2020). Se cuenta con una reciente versión validada al español con mujeres jóvenes con valores adecuados de fiabilidad y validez (Rojo, Beltrán-Garrayo, Blanco-Barredo y Sepúlveda, 2023). Consta de 13 ítems con una estructura de un solo factor que mide la frecuencia de los pensamientos y comportamientos de una persona relacionados con la conciencia sobre su apariencia física en las redes sociales. Para ello, se usó una escala tipo Likert de 7 puntos, de (1) Nunca a (7) Siempre. Las puntuaciones medias más altas indican niveles más altos de conciencia en las redes sociales relacionada con la apariencia. Además, se incluyeron cinco ítems con la misma escala de respuesta para explorar la opinión de las participantes sobre las consecuencias de la percepción de las mujeres y sus comportamientos cuando se exponen a los contenidos de las redes sociales.

5.2.4. Pensamiento crítico hacia los medios de comunicación

El bloque D se basó en la Critical Thinking about Media Messages scale (CTMM, versión original de Scull, Kupersmidt, Parket, Elmore y Benson, 2010; McLean, Paxton y Wertheim, 2016). Se dispone de una versión reciente validada al español con mujeres jóvenes con valores adecuados de fiabilidad y validez (Rojo, Beltrán-Garrayo, Blanco-Barredo y Sepúlveda, 2023). Consta de 6 ítems con una estructura de un factor que evalúa el grado en que los individuos piensan críticamente sobre los mensajes de los medios de comunicación. Para ello, se usó una escala tipo Likert de 6 puntos, de (1) Nunca a (6) Siempre. Las puntuaciones medias más altas indican nive-

les de pensamiento crítico hacia los medios de comunicación. Además, se incluyeron tres ítems con la misma escala de respuesta para explorar la opinión de las mujeres encuestadas sobre la falta de diversidad corporal y las consecuencias de la exposición de las mujeres a la exposición de los medios de comunicación.

5.2.5. Interiorización de prejuicios sobre peso

El bloque E se basó en la Modified Weight Bias Internalization Scale (WBIS-M, Pearl y Puhl, 2014). Se cuenta con una versión reciente validada al español con mujeres jóvenes con valores adecuados de fiabilidad y validez (Andrés, Fornieles-Deu, Sepúlveda, Beltrán-Garrayo, Montcada-Ribera, Bach-Faig y Sánchez-Carracedo, 2022). Se utilizó para evaluar los niveles autoinformados de interiorización de prejuicios sobre el peso. La escala original de Pearl y Puhl (2014) consta de 11 ítems. La versión española está compuesta de 10 ítems. Para ello, se usó una escala tipo Likert de 7 puntos, de (1) Fuertemente en desacuerdo a (7) Fuertemente de acuerdo. Uno de los ítems tiene puntuación inversa (ítem 8). Las puntuaciones medias más altas indican niveles más altos interiorización de los prejuicios sobre el peso. Finalmente, se incluyó un ítem con la misma escala de respuesta para explorar la inseguridad en distintas situaciones por la preocupación por el peso.

5.2.6. Comparación corporal

El bloque F se basó en la Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R, Schaefer y Thompson, 2014). Se dispone de una versión reciente validada al español con mujeres jóvenes con valores adecuados de fiabilidad y validez (Vall-Roqué, Andrés y Saldaña, 2022). Consta de 11 ítems que evalúan el grado de comparación social de la apariencia con el grupo de iguales. Las opciones de respuesta se presentan en una escala tipo Likert de 5 puntos de Nunca (1) a Siempre (5). Las puntuaciones medias más altas indican niveles más altos de comparación social de la apariencia con el grupo de iguales. Las puntuaciones altas en este instrumento han mostrado una fuerte correlación con insatisfacción corporal y desórdenes alimentarios. Además, se incluyeron seis ítems con la misma escala de respuesta para explorar las comparaciones ascendentes con los medios de comunicación, las redes sociales, publicidad e industria audiovisual.

5.2.7. Violencias interpersonales vinculadas a estereotipos de género y prejuicios

El bloque G es un cuestionario elaborado ad hoc a partir de los resultados de los resultados de las fases I y II de este estudio. Se indaga sobre el grado en que están presentes en sus vidas situaciones de estereotipos y prejuicios de género vinculados a la imagen corporal (forma de vestir, aspecto físico de su cuerpo, decisiones sobre alimentación, ejercicio físico que realiza, peso y origen étnico o racial/apariencia física) que desvalorizan a las mujeres con palabras y expresiones con mayor o menor intensidad, y pueden dar lugar a situaciones de burla, ridiculización, desprecio, insulto o humillación en distintos entornos en los que no se es una mera espectadora (familiares, pareja, laborales, médicos, educativos y redes sociales). Para cada uno de estos entornos, se ponen ejemplos para que sean capaces de identificar dichas situaciones y se responde sobre la frecuencia con la que se han sentido infravaloradas en una escala tipo Likert de 5 puntos de Nunca (1) a Siempre (5).

Por otro lado, para tener una visión general de la presencia o ausencia de estas situaciones de infravaloración en diferentes entornos, se recodificaron cada una de las variables de forma que el valor de la escala 1 (nunca) pasa a tener el valor 0 (ausencia) y todos los demás valores de la escala, el valor 1 (presencia).

5.2.8. Conciencia sobre situaciones sociales de discriminación de la mujer: peso y raza

El bloque H es un cuestionario elaborado ad hoc a partir de los resultados de las fases I y II de este estudio. Se indaga sobre situaciones de discriminación por razón de peso o raza en distintos entornos: laborales (ante igualdad de formación y experiencia), médicos, educativos, redes sociales, medios de comunicación, publicidad y ámbito audiovisual (música, cine o videojuegos). La frecuencia se evalúa con una escala tipo Likert de 5 puntos de Nunca (1) a Siempre (5).

5.2.9. Opinión sobre la presencia de diversidad corporal en nuestra sociedad

El bloque J es un cuestionario elaborado ad hoc a partir de los resultados de las fases I y II del estudio. En este cuestionario se expresa la opinión sobre si se están llevando a cabo

las iniciativas suficientes para lograr que las mujeres con distintas formas y tamaños corporales no se sientan infravaloradas o discriminadas desde los siguientes entornos: educativo, médico, laboral, medios de comunicación, redes sociales, publicidad, mundo de la moda, administraciones públicas y la industria audiovisual (música, cine o videojuegos). La frecuencia se evalúa con una escala tipo Likert de 5 puntos de Sí, las necesarias (1) a No, ninguna (5).

5.2.10. Opinión sobre la necesidad de transformaciones sociales

Se trata de un cuestionario elaborado ad hoc a partir de los resultados de las fases I y II del estudio. Se pregunta sobre qué cuestiones (temáticas), quiénes sería necesario (agentes sociales) y de qué manera (regulación/legislación) incidir en la necesidad de transformaciones sociales (Bloque J). Las participantes responden sobre:

- Seleccionan las intervenciones que consideran que pueden favorecer la presencia de una mejor relación de las mujeres con sus cuerpos y su autoestima.
- Seleccionan aquellos colectivos de profesionales sobre los que consideran que habría que realizar dichas intervenciones: salud, educación, medios de comunicación, redes sociales, publicidad, moda, administración pública o industria audiovisual.
- Manifiestan si consideran que es necesaria la regulación a través de leyes y normativas mediante una escala tipo Likert de 5 puntos de Extremadamente necesarias (1) a Nada Necesarias (5). En caso afirmativo, marcan sobre qué industrias sería necesario regular: publicidad, industria audiovisual, moda, belleza, industria alimentaria o industria farmacéutica.
- Manifiestan si consideran que es útil la perspectiva feminista para tomar conciencia de las situaciones de infravaloración y discriminación de los cuerpos de las mujeres lo que repercute en su insatisfacción corporal y menor autoestima a través de una escala tipo Likert de 5 puntos de Extremadamente útil (1) a Nada útil (5).

- Seleccionan aquellos contenidos sobre los que consideran que habría que incidir para que las mujeres tengan una imagen corporal más positiva de sí mismas en nuestra sociedad.

5.3. Difusión encuesta online y trabajo de campo

Una vez elaborada la encuesta online, se llevó a cabo su difusión. Respecto a las estrategias de muestreo y localización de las participantes, se realizó conjuntamente un muestreo estratégico y por bola de nieve. En el primer caso, se remitió por correo electrónico la información sobre los criterios de inclusión de las mujeres con trastornos alimentarios a aquellas personas que participaron en alguna de las fases anteriores del estudio, así como a aquellas personas que se inscribieron en la base de datos para recibir información de la investigación. Todas las personas a las que se les envió la información de la difusión habían aceptado previamente recibir dicha información. Fundamentalmente. Las participantes de la encuesta online han sido reclutadas con la colaboración de profesionales de la salud (como psicólogas/os y nutricionistas). En el segundo caso, cabe decir que las redes sociales LinkedIn, Instagram y Facebook han sido otra forma para llevar a cabo la difusión.

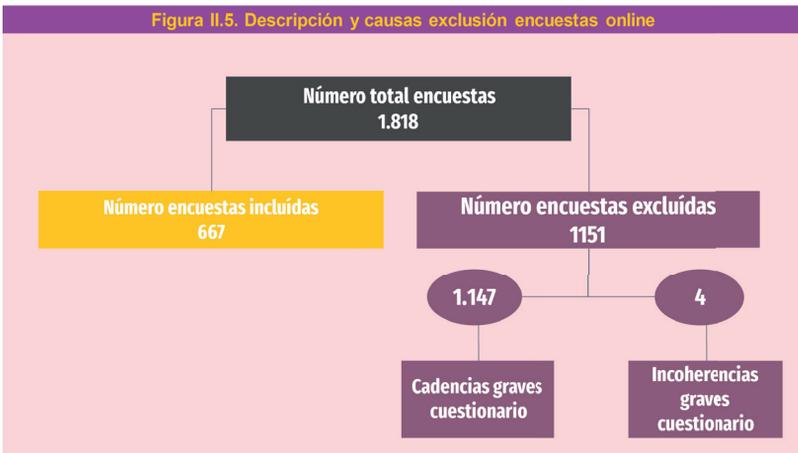
Las participantes de la encuesta eran redirigidas a un sitio web seguro al hacer clic en el enlace web que se les facilitaba. Todas han dado su consentimiento informado tras la lectura de la hoja informativa antes de empezar a contestar la encuesta online. No se ha solicitado ningún dato personal identificativo de las participantes, garantizando la máxima confidencialidad y anonimato.

La duración media de respuesta a la encuesta era de unos 23 minutos. Para la cumplimentación, se ha efectuado un control de las variables extrañas lo más riguroso posible:

- Los cuestionarios que se presentaron fueron los mismos y en el mismo orden para todas las participantes.
- Cada prueba tenía su propia consigna.
- Las consignas fueron las mismas para todas las participantes.

- Todas las participantes fueron voluntarias y se les garantizó el anonimato de sus resultados individuales.
- Dichas condiciones permitían mantener el mismo grado de motivación de las participantes para la realización de la encuesta online.

Se presenta, en la Figura II.5, la descripción de la muestra que completó la encuesta online, así como las causas de exclusión de las respuestas desechadas. En total, 1.818 personas iniciaron la encuesta online, de las que se incluyeron 667 en el análisis estadístico tras la depuración de la base de datos. Esto representa una tasa de respuesta del 37%. Se han excluido los cuestionarios de aquellas participantes que presentaron lagunas importantes de respuesta, secuencias de respuestas irregulares o incoherencias en las respuestas.



5.4. Análisis estadístico

El procesamiento de las respuestas y los análisis de fiabilidad de las escalas, descriptivos, exploratorios y las comparaciones de medias y frecuencias se realizaron con el software estadístico SPSS versión 25.0.

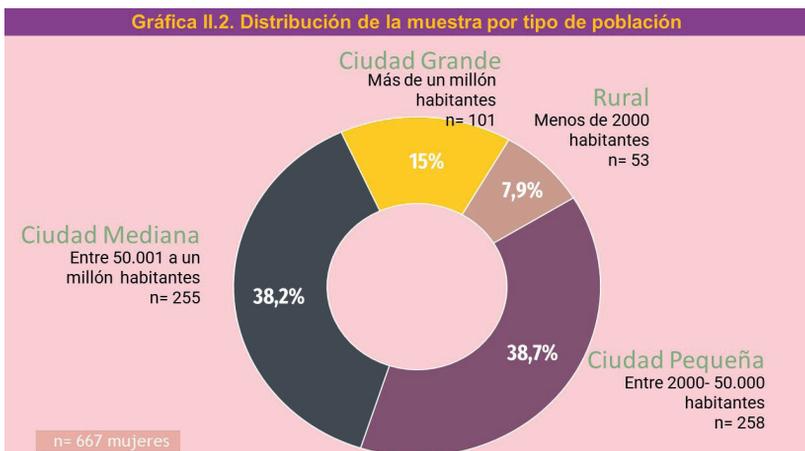
En el análisis de fiabilidad de las escalas ya validadas en español con mujeres jóvenes de los Bloques C, D, E y F, se utilizó el estadístico alpha de Cronbach, que es un modelo de consistencia interna que se basa en la correlación Inter-elementos promedio. Se considera un alpha de Cronbach adecuado con valores por encima de 0,70.

Además, se llevó a cabo un análisis con estadísticos sobre diferencia de medias para muestras independientes en las variables cuantitativas y diferencia de distribución en las variables cualitativas (intervalo de confianza del 95% y alfa de 0,05) mediante la distribución t-student (variables cuantitativas) y chi-cuadrado (variables cualitativas). Los residuos tipificados corregidos (RC) permiten, en la Chi-cuadrado, interpretar de forma precisa la relación existente entre cada una de las variables en el análisis de distribución de las variables cualitativas. Así, la diferencia entre las frecuencias observada y esperada en cada celda expresadas en unidades estándar, es decir, los valores como puntajes z (valores debajo de -1,96 o por encima de +1,96) para identificar celdas que se salen marcadamente del modelo de independencia.

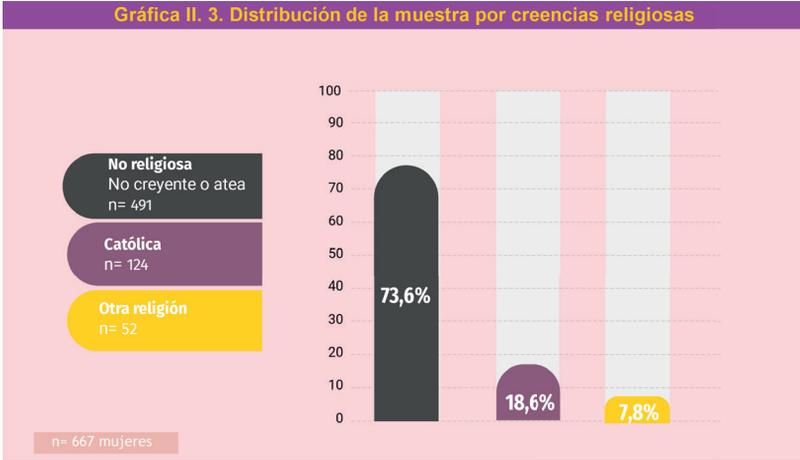
Con los anteriores análisis estadísticos (t-student y chi-cuadrado), se analizan las diferencias en función del momento de presentación del trastorno alimentario (actualidad y pasado). Para estudiar la interseccionalidad del peso, se analizan las diferencias en función de la variable cuerpo normativo vs. no normativo.

5.5. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra de las participantes de la encuesta online

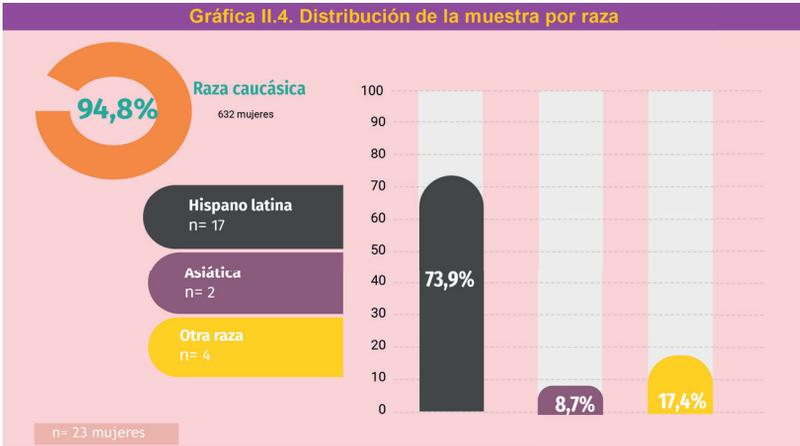
La muestra está compuesta por personas de las 17 comunidades autónomas. La mayoría de las encuestadas viven en municipios de tamaño medio y pequeño, aunque también han participado mujeres de ciudades grandes y de entorno rural (Gráfica II.2).



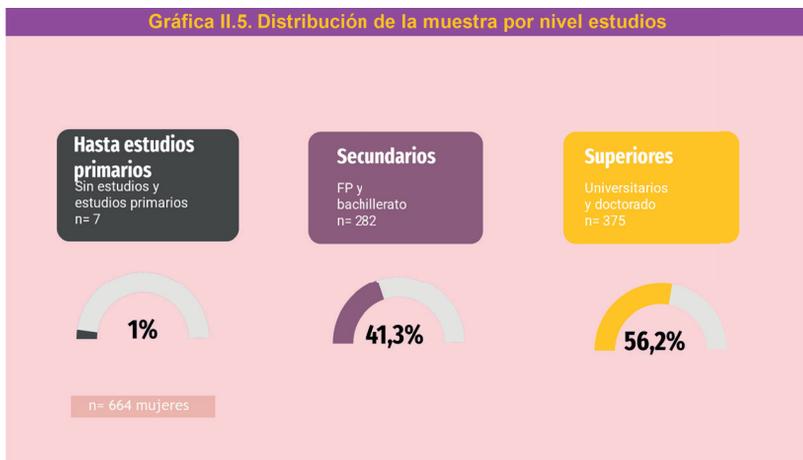
La mayoría de las mujeres de la muestra han manifestado no tener creencias religiosas, siendo la religión católica la mayoritaria entre las mujeres con creencias religiosas (Gráfica II.3).



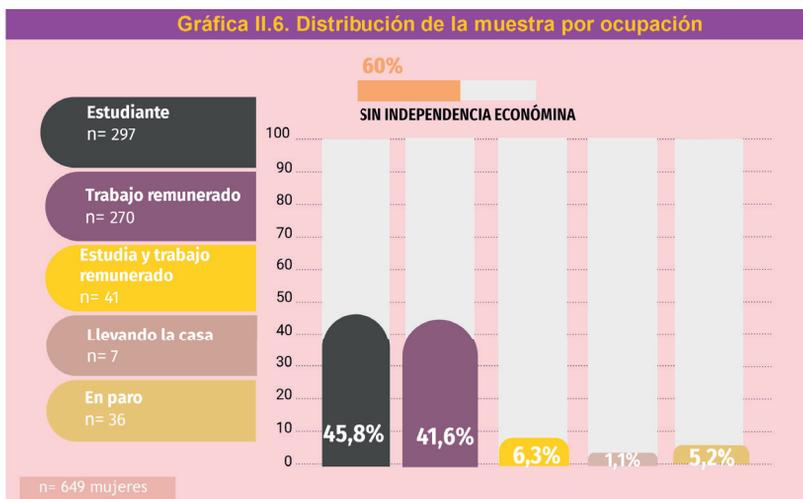
Casi la totalidad de las mujeres de la muestra son de raza caucásica: 94,8% (Gráfica II.4). Tan solo 17 mujeres son de raza hispano-latina y 2 de raza asiática. Las cuatro mujeres que respondieron pertenecer a otra raza no indicaron cuál.



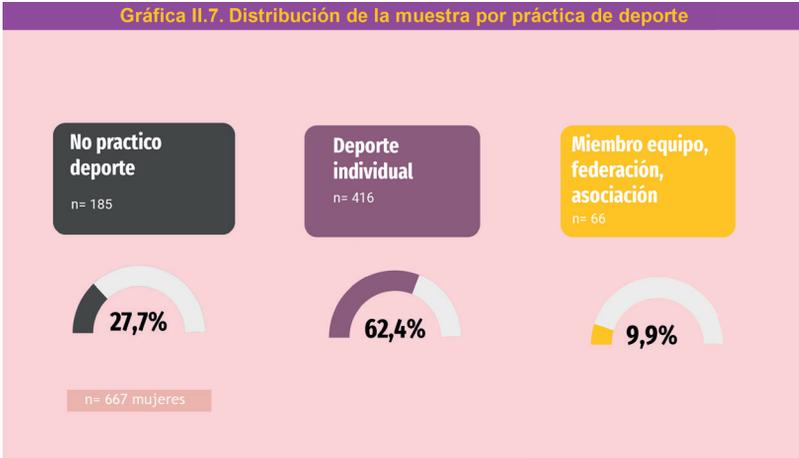
Casi la totalidad de las mujeres tienen estudios secundarios o superiores: 97,5% (Gráfica II.5).



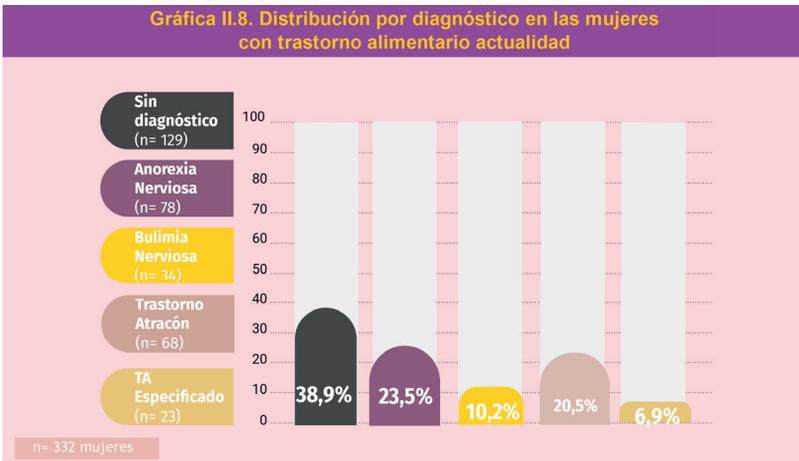
El 60% de las mujeres que han respondido a esta pregunta de la encuesta (n= 400) manifiesta no tener independencia económica (Gráfica II.6). El 93,7% de las mujeres de la muestra estudia y/o trabaja. El 42,9% de las mujeres que padecen un trastorno alimentario no tiene pareja frente al 34,1% de las mujeres que padecieron un trastorno alimentario. Alrededor del 33% de la muestra tiene pareja y no comparte vivienda y un 24,7% de mujeres que padecen un trastorno alimentario tiene pareja y comparte vivienda frente al 29,3% de mujeres que padecieron un trastorno alimentario.



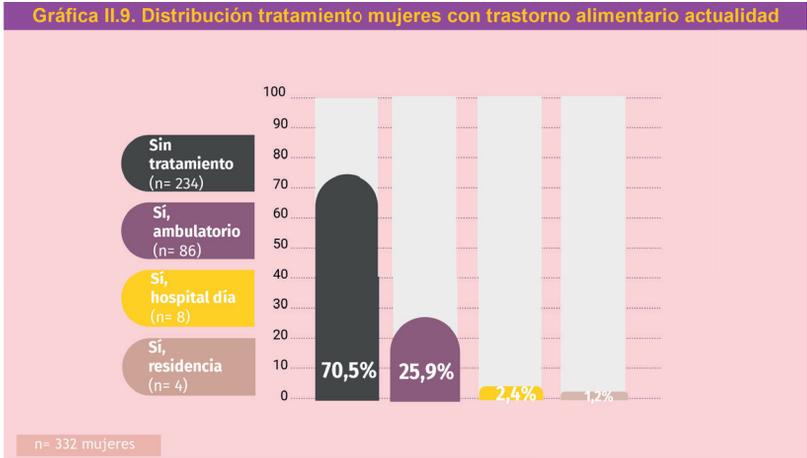
El 72,3% de las mujeres de la muestra practica algún tipo de deporte en la actualidad (Gráfica II.7), mayoritariamente, un deporte individual.



En cuanto a las variables clínicas, un importante porcentaje de las mujeres que padecen un trastorno alimentario manifiesta que no ha sido diagnosticada (38,9%). Los diagnósticos de anorexia nerviosa y trastorno por atracón representan el 23,5% y el 20,5%, respectivamente; el diagnóstico de bulimia nerviosa, el 10,2% y el diagnóstico de trastorno alimentario especificado, el 6,9% (Gráfica II.8).



El 70,5% de las mujeres que padecen un trastorno alimentario no está en tratamiento y el tratamiento mayoritario es el ambulatorio (25,9%) (Gráfica II.9).



La ratio de mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario se ha mostrado equilibrada (Gráfica II.10). La edad media de inicio del trastorno alimentario es de 15,61 años. No se encuentran diferencias en función de la presencia actual o pasada del trastorno. La edad media del diagnóstico es de 20,14 años. No se encuentran diferencias significativas entre las mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario. Las mujeres que han padecido un trastorno alimentario llevan una media de dos años y medio recuperadas. El tiempo de evolución del trastorno alimentario es de alrededor de 8 años en ambos grupos, sin diferencias significativas entre ambos.



En la Tabla II.3. se muestra que las mujeres que padecen trastorno alimentario con cuerpo normativo tienen menor edad que las mujeres con cuerpo no normativo ($t = -0,589$; $p = 0,000$), mayor edad de inicio del trastorno alimentario ($t = 3,186$; $p = 0,002$), menor edad de diagnóstico ($t = -4,097$; $p = 0,000$) y menos años de evolución del trastorno alimentario ($t = -5,050$; $p = 0,000$). Por otro lado, se encuentra que las mujeres que han padecido trastorno alimentario con cuerpo normativo tienen menor edad que las mujeres con cuerpo no normativo ($t = -2,058$; $p = 0,040$), menor edad de diagnóstico ($t = -3,522$; $p = 0,001$) y menos años de evolución del trastorno alimentario ($t = -2,225$; $p = 0,029$).

Tabla II.3. T-student de las variables de evolución del trastorno alimentario en función del momento de trastorno alimentario para mujeres con cuerpo normativo y no normativo

	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Edad	208	23,5	4,14	126	26,18	3,85	-0,589***
Edad inicio trastorno alimentario	200	16,22	3,99	125	14,69	4,56	3,186**
Edad diagnóstico	143	19,25	4,14	88	21,99	5,36	-4,097***
Años evolución	194	7,12	4,84	111	10,59	6,25	-5,050***
Pasado							
Edad	239	24,13	4,13	89	25,18	4,12	-2,058*
Edad inicio trastorno alimentario	52	16,02	3,71	26	14,54	3,60	1,678
Edad diagnóstico	30	17,93	3,83	12	22,83	4,65	-3,522**
Años evolución	49	7,20	4,66	20	10,10	5,48	-2,225*
Años recuperación	188	2,48	1,2	63	2,56	1,01	-0,425

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

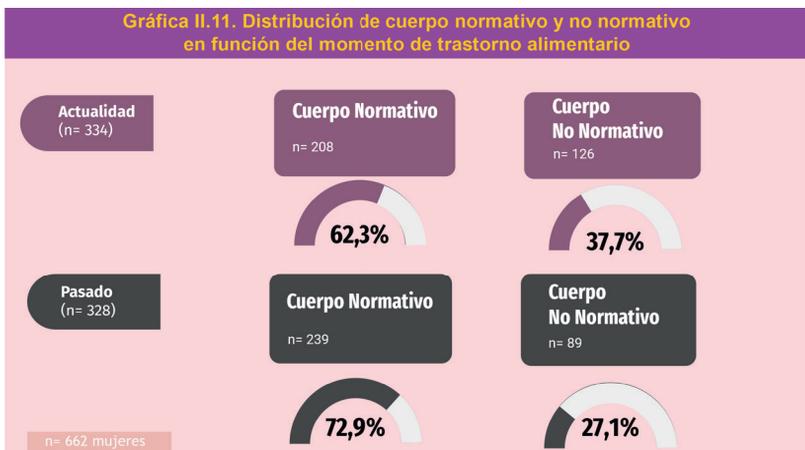
El IMC medio de las mujeres es de 24,50, siendo el de las mujeres que padecen un trastorno alimentario de 25,28 (lo que sitúa su valor medio dentro de la categoría de cuerpo no normativo) y el de las mujeres que padecieron un trastorno alimentario de 23,70 (lo que sitúa su valor medio dentro de la categoría de cuerpo normativo). Se han encontrado diferencias significativas en función del IMC actual entre mujeres que padecen un trastorno alimentario frente a las que lo padecieron en el pasado ($t = 3,184$; $p = 0,002$). En la Tabla II.4. se

muestra que las mujeres que padecen trastorno alimentario con cuerpo normativo tienen menor IMC que las mujeres con cuerpo no normativo ($t = -20,734$; $p = 0,000$). De igual manera, las mujeres que han padecido trastorno alimentario con cuerpo normativo tienen menor IMC que las mujeres con cuerpo no normativo ($t = -13,619$; $p = 0,000$).

	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
IMC	208	20,60	2,49	126	33,00	6,43	-20,734***
Pasado							
IMC	239	21,44	1,92	89	29,8	5,67	-13,619***

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

En la Gráfica II.11. se muestra la distribución en función del momento del trastorno alimentario para mujeres con cuerpo normativo y no normativo (IMC). Las mujeres que padecen un trastorno alimentario presentan con mayor frecuencia cuerpos no normativo frente a las mujeres que han padecido un trastorno alimentario ($X^2 = 8,464$; $p = 0,004$).



5.6. Resultados

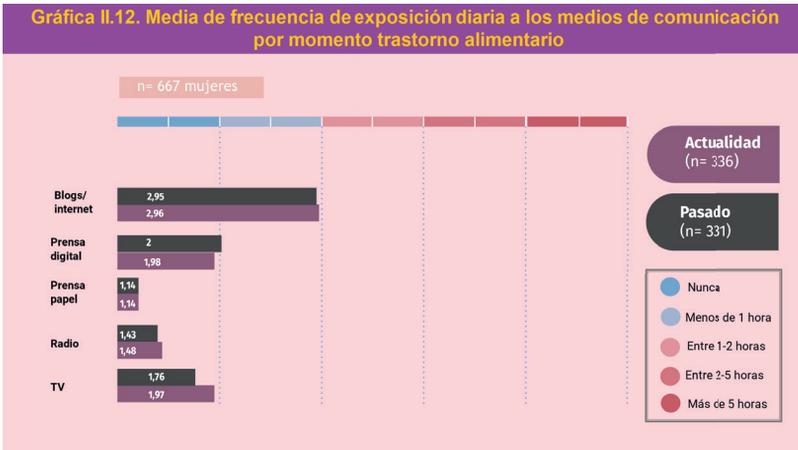
A continuación, se presentan los resultados de los análisis estadísticos para cada una de las variables teniendo en cuenta:

- Si las mujeres que han contestado la encuesta online padecen o han padecido trastornos alimentarios.
- Si las mujeres que han contestado la encuesta online presentan cuerpos normativos o no normativos (IMC).

5.6.1. Exposición sociomediática: medios de comunicación y redes sociales

• Frecuencia de exposición diaria a medios de comunicación analógicos y digitales

Se encuentra muy poca exposición a los medios de comunicación analógicos y digitales, situándose la media de exposición a los medios analógicos en “Nunca” y en los digitales próximo o en “Menos de una hora” al día (Gráfica II.12). Las mujeres con trastorno alimentario presentan puntuaciones significativamente más altas en exposición a la TV ($t= 3,156$; $p= 0,002$).



No se observan diferencias significativas en el análisis de exposición diaria a los medios de comunicación en función del momento del trastorno alimentario para mujeres con cuerpo normativo y no normativo (Tabla II.5).

Tabla II.5. T-student de las variables de frecuencia de exposición medios de comunicación diaria en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
TV	208	2	0,90	126	1,93	0,90	0,706
Radio	208	1,48	0,67	126	1,48	0,75	-0,042
Prensa papel	208	1,15	0,37	126	1,13	0,72	0,339
Prensa digital	208	1,96	0,72	126	2,01	0,64	-0,658
Blogs/internet	208	3,02	1,01	126	2,87	0,97	1,372
Pasado							
TV	239	1,73	0,77	89	1,8	0,87	-0,662
Radio	239	1,4	0,58	89	1,52	0,81	-1,268
Prensa papel	239	1,13	0,39	89	1,16	0,40	-0,653
Prensa digital	239	2	0,78	89	2	0,85	0,042
Blogs/internet	239	2,89	1,05	89	3,11	1,07	-1,685

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

• **Frecuencia de exposición diaria a contenidos en medios de comunicación**

De nuevo, se muestran valores medios que indican muy poca exposición a los medios de comunicación analógicos y digitales, situándose todos los valores dentro de “Nunca” o de “Menos de una hora” al día (Gráfica II.13). Las mujeres con trastorno alimentario presentan puntuaciones significativamente más altas en exposición a contenidos sobre belleza ($t = 2,004$; $p = 0,045$), dietas ($t = 5,838$; $p = 0,000$), ejercicio físico ($t = 2,544$; $p = 0,011$), salud ($t = 2,637$; $p = 0,009$) y contenidos

Gráfica II.13. Media de frecuencia de exposición diaria a los contenidos de los medios de comunicación por momento trastorno alimentario



antigordofobia ($t= 2,536$; $p= 0,011$) que las mujeres que padecieron un trastorno alimentario.

Se observan algunas diferencias significativas en el análisis de exposición diaria a los medios de comunicación en función del momento del trastorno alimentario para mujeres con cuerpo normativo y no normativo (Tabla II.6). Las mujeres que padecen trastorno alimentario con cuerpo no normativo presentan puntuaciones significativamente más altas que las mujeres con cuerpo normativo en exposición a contenidos sobre pornografía ($t= -2,749$; $p= 0,007$) y antigordofobia ($t= -4,758$; $p= 0,000$). Por otro lado, las mujeres que han padecido trastorno alimentario con cuerpo no normativo frente a las mujeres con cuerpo normativo presentan puntuaciones significativamente más altas en contenidos sobre dietas ($t= -3,176$; $p= 0,002$), vídeos musicales ($t= -2,222$; $p= 0,027$) y antigordofobia ($t= -5,631$; $p= 0,000$). Tan solo en los contenidos antigordofobia, en el grupo de pacientes que han padecido un trastorno alimentario se encuentra distinta opción de respuesta. Así, las mujeres con cuerpo no normativo presentan puntuaciones medias dentro de la opción de respuesta “Menos de una hora” y las mujeres con cuerpo normativo dentro de la opción de respuesta “Nunca”.

Tabla II.6. T-student de las variables de frecuencia exposición diaria a contenidos de medios de comunicación en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Belleza	208	2,22	0,99	126	2,18	0,93	0,354
Dietas	208	2,21	1,04	126	2,08	0,97	1,157
Ejercicio físico	208	2,24	1,02	126	2,20	0,92	0,335
Moda	208	2,35	1,10	126	2,46	1,02	-0,947
Vídeos musicales	208	2,19	1,2	126	2,42	1,18	-1,702
Salud	208	2,48	1	126	2,5	0,96	-0,173
Pornografía	208	1,11	0,32	126	1,23	0,44	-2,749**
Contenidos antigordofobia	208	1,72	0,89	126	2,29	1,16	-4,758***
Pasado							
Belleza	239	2,03	0,88	89	2,16	0,96	-1,144
Dietas	239	1,64	0,78	89	1,98	1	-3,176**
Ejercicio físico	239	2,01	0,83	89	2,12	0,90	-1,050
Moda	239	2,23	1	89	2,29	1,05	-0,528
Vídeos musicales	239	2,26	1,10	89	2,55	0,99	-2,222*
Salud	239	2,24	0,84	89	2,44	0,91	-1,836
Pornografía	239	1,15	0,36	89	1,19	0,42	-0,863
Contenidos antigordofobia	239	1,57	0,77	89	2,21	0,97	-5,631***

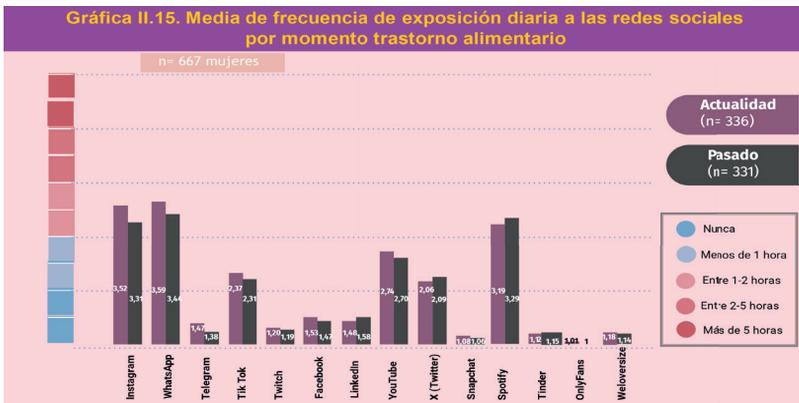
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

La totalidad de las mujeres participantes en la encuesta utilizan las redes sociales (Gráfica II.14).



- **Frecuencia de exposición diaria a redes sociales**

En la Gráfica II.15. se muestran valores medios que indican muy poca exposición a las redes sociales de Telegram, Twitch, Facebook, LinkedIn, Snapchat, Tinder, OnlyFans y Weloversize dentro de la misma opción de respuesta “Nunca”. TikTok, YouTube y X presentan valores medios de exposición de “Menos de una hora” al día. Por último, Instagram, WhatsApp y Spotify muestran valores medios “Entre 1-2 horas” al día. Las mujeres que padecen trastorno alimentario presentan puntuaciones significativamente más altas en exposición a Instagram ($t= 4,134$; $p= 0,000$) y WhatsApp ($t= 2,989$; $p= 0,003$) que las mujeres que han padecido un trastorno alimentario, si bien están dentro de la misma opción de respuesta (“Entre 1- 2 horas”).



Se observan algunas diferencias significativas en el análisis de exposición diaria a los medios de comunicación en función del momento del trastorno alimentario para mujeres con cuerpo normativo y no normativo (Tabla II.7). Las mujeres con trastorno alimentario y cuerpo no normativo presentan puntuaciones significativamente más altas en exposición a Telegram ($t= -2,551$; $p= 0,011$) y Facebook ($t= -2,533$; $p= 0,012$) que las mujeres con cuerpo normativo, si bien la media en ambos casos se sitúa dentro de la opción de respuesta de “Nunca”. Por otro lado, las mujeres que padecieron un trastorno alimentario con cuerpo no normativo presentan puntuaciones significativamente más altas en Instagram ($t= -2,272$; $p= 0,025$), Facebook ($t= -2,741$; $p= 0,007$) y X ($t= -2,369$; $p= 0,018$) que las mujeres con cuerpo normativo, si bien la media de Instagram se sitúa, en ambos casos, en la opción de respuesta “Entre 1- 2 horas”, mientras que, para Facebook y X, dentro de la opción de respuesta “Nunca”.

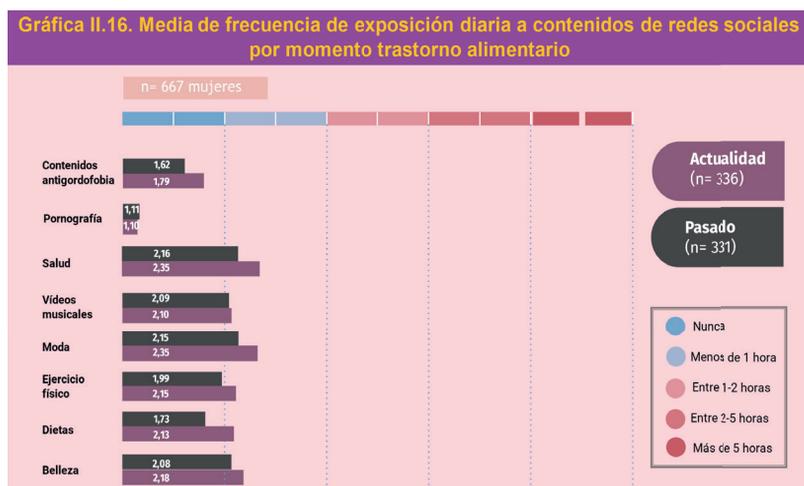
Tabla II.7. T-student de las variables de frecuencia exposición diaria a redes sociales diaria en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
<i>Instagram</i>	208	3,52	0,66	126	3,51	0,63	0,220
<i>WhatsApp</i>	208	3,58	0,73	126	3,60	0,72	-0,165
<i>Telegram</i>	208	1,37	0,88	126	1,65	1,03	-2,551*
<i>Tik Tok</i>	208	2,29	1,38	126	2,48	1,36	-1,185
<i>Twitch</i>	208	1,11	0,48	126	1,36	0,92	-2,852
<i>Facebook</i>	208	1,43	0,83	126	1,69	0,97	-2,533*
<i>LinkedIn</i>	208	1,43	0,84	126	1,56	0,93	-1,216
<i>YouTube</i>	208	2,72	1	126	2,75	1,07	-0,282
<i>X (antes Twitter)</i>	208	1,97	1,13	126	2,21	1,19	-1,864
<i>Snapchat</i>	208	1,09	0,45	126	1,06	0,35	0,489
<i>Spotify</i>	208	3,24	1,12	126	3,15	1,14	0,668
<i>Tinder</i>	208	1,12	0,47	126	1,13	0,49	-0,216
<i>OnlyFans</i>	208	1,01	0,14	126	1	0,00	0,778
<i>Weloveoversize</i>	208	1,03	0,24	126	1,44	0,86	-5,284
Pasado							
<i>Instagram</i>	239	3,26	0,57	89	3,46	0,74	-2,272*
<i>WhatsApp</i>	239	3,40	0,58	89	3,55	0,66	-1,937
<i>Telegram</i>	239	1,33	0,74	89	1,54	0,89	-2,008
<i>Tik Tok</i>	239	2,26	1,33	89	2,47	1,37	-1,302
<i>Twitch</i>	239	1,16	0,57	89	1,28	0,72	-1,436
<i>Facebook</i>	239	1,38	0,79	89	1,70	0,96	-2,741**
<i>LinkedIn</i>	239	1,59	0,93	89	1,54	0,93	0,437
<i>Youtube</i>	239	2,64	0,94	89	2,83	0,97	-1,589
<i>X (antes Twitter)</i>	239	2,01	1,07	89	2,33	1,10	-2,369*
<i>Snapchat</i>	239	1,03	0,26	89	1,15	0,56	-1,842
<i>Spotify</i>	239	3,30	0,94	89	3,29	1,01	0,076
<i>Tinder</i>	239	1,11	0,46	89	1,25	0,66	-1,819
<i>OnlyFans</i>	239	1	0,00	89	1	0,00	-----
<i>Weloveoversize</i>	239	1,10	0,44	89	1,25	0,66	-1,940

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

- **Frecuencia de exposición diaria a contenidos en medios de comunicación**

Los contenidos a los que más se exponen las mujeres de la muestra en redes sociales son salud, vídeos musicales, moda y belleza, con una media dentro de la opción de respuesta de “Menos de 1 hora” al día (Gráfica II.16). Las mujeres que padecen trastorno alimentario frente a las mujeres que lo han padecido presentan puntuaciones significativamente más altas en exposición a contenidos sobre dietas ($t= 5,718$; $p= 0,000$), ejercicio físico ($t= 2,393$; $p= 0,017$), moda ($t= 2,592$; $p= 0,010$), salud ($t= 2,734$; $p= 0,006$) y antigordofobia ($t= 2,481$; $p= 0,013$). La frecuencia de exposición a contenidos antigordofobia es muy baja. En el caso de dietas y ejercicio físico, las mujeres que han padecido un trastorno alimentario apenas se exponen a estos contenidos, mientras que las mujeres que lo padecen se exponen “Menos de una hora al día”. Por último, en ambos grupos, las mujeres se exponen “Menos de una hora al día” a contenidos de moda y salud.



Se observan algunas diferencias significativas en el análisis de exposición diaria a los medios de comunicación en función del momento del trastorno alimentario para mujeres con cuerpo normativo y no normativo (Tabla II.8). A pesar de la baja exposición, las mujeres con trastorno alimentario y cuerpo no normativo presentan puntuaciones significativamente más altas en exposición a contenidos sobre antigordofobia ($t= -4,698$; $p= 0,000$) que las mujeres con cuerpo normativo. Por otro lado, las mujeres que padecieron un trastorno alimenta-

rio con cuerpo no normativo presentan puntuaciones significativamente más altas en contenidos sobre dietas ($t = -3,048$; $p = 0,002$), vídeos musicales ($t = -2,599$; $p = 0,010$), salud ($t = -2,093$; $p = 0,037$) y antigordofobia ($t = -5,489$; $p = 0,000$) que las mujeres con cuerpo normativo. En los contenidos antigordofobia, se encuentran distintas opciones de respuesta entre las mujeres que padecen y han padecido un trastorno alimentario: las mujeres con cuerpo no normativo presentan puntuaciones medias dentro de la opción de respuesta “Menos de una hora” y las mujeres con cuerpo normativo, dentro de la opción de respuesta “Nunca”.

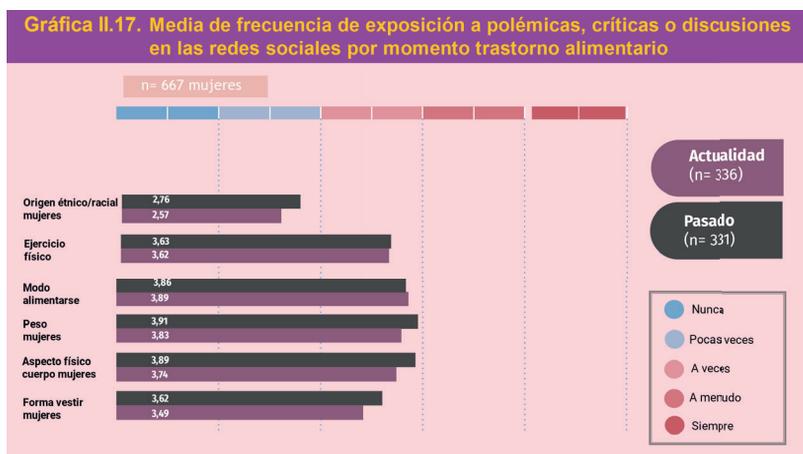
Tabla II.8. T-student de las variables de frecuencia exposición diaria a contenidos de redes sociales en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Belleza	208	2,19	0,99	126	2,17	0,90	0,120
Dietas	208	2,20	1	126	2,01	0,92	1,806
Ejercicio físico	208	2,16	1,02	126	2,15	0,87	0,075
Moda	208	2,33	1,07	126	2,39	0,98	-0,529
Vídeos musicales	208	2,07	1,17	126	2,14	1,09	-0,589
Salud	208	2,31	0,98	126	2,41	0,91	-0,935
Pornografía	208	1,08	0,30	126	1,15	0,36	-1,933
Contenidos antigordofobia	208	1,61	0,82	126	2,09	1,04	-4,698***
Pasado							
Belleza	239	2,06	0,85	89	2,17	0,90	-0,992
Dietas	239	1,65	0,78	89	1,96	0,85	-3,048**
Ejercicio físico	239	1,96	0,80	89	2,07	0,82	-1,054
Moda	239	2,16	0,91	89	2,15	0,98	0,112
Vídeos musicales	239	2	1	89	2,31	0,97	-2,599*
Salud	239	2,11	0,79	89	2,31	0,81	-2,093*
Pornografía	239	1,11	0,31	89	1,10	0,30	0,199
Contenidos antigordofobia	239	1,45	0,68	89	2,08	1	-5,489***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

- **Exposición a polémicas y discusiones en redes sociales vinculadas a la imagen corporal y alimentación**

Las polémicas que menos han visto en redes sociales las mujeres de la muestra se corresponden con temática vinculada a la raza, con una media en la opción de respuesta de “Pocas veces” (Gráfica II.17). La media es más alta en las mujeres que padecieron un trastorno alimentario, tanto en las polémicas sobre aspecto físico ($t= 2,061$; $p= 0,040$) como sobre raza ($t= 2,118$; $p= 0,035$), si bien en ambos casos se mantiene dentro de la misma opción de respuesta “A veces” y “Pocas veces”, respectivamente. El resto de polémicas (forma de vestir, peso de las mujeres y realización de ejercicio físico) muestran puntuaciones medias dentro de la opción de respuesta de “A veces”.



Se observan numerosas diferencias significativas en el análisis de frecuencia de exposición a polémicas y críticas en mujeres que padecen un trastorno alimentario en función de la presencia o no de cuerpo normativo, mientras que no se encuentran diferencias en función del cuerpo normativo y no normativo en las mujeres que han padecido un trastorno alimentario (Tabla II.9). Cabe destacar las diferencias en el caso de polémicas o críticas vinculadas al aspecto físico de las mujeres ($t= -4,653$; $p= 0,000$), el peso de las mujeres ($t= -4,296$; $p= 0,000$) y el modo de alimentarse ($t= -2,218$; $p= 0,027$). En estos ítems, las mujeres con cuerpo normativo presentan medias dentro de la opción de respuesta de “A veces”, mientras que las mujeres con cuerpo no normativo presentan medias

dentro de la opción de respuesta de “A menudo”. También se encuentran diferencias significativas en el grupo de mujeres que padecen trastorno alimentario, observando que las mujeres con cuerpo no normativo presentan puntuaciones medias más elevadas en la exposición a polémicas o críticas sobre la forma de vestir ($t= -3,402$; $p= 0,001$) y sobre la raza o etnia ($t= -2,556$; $p= 0,011$). En ambos casos, se mantiene la misma opción de respuesta “A veces” y “Pocas veces”, respectivamente.

Tabla II.9. T-student de las variables de exposición a contenidos de polémicas o críticas en redes sociales en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

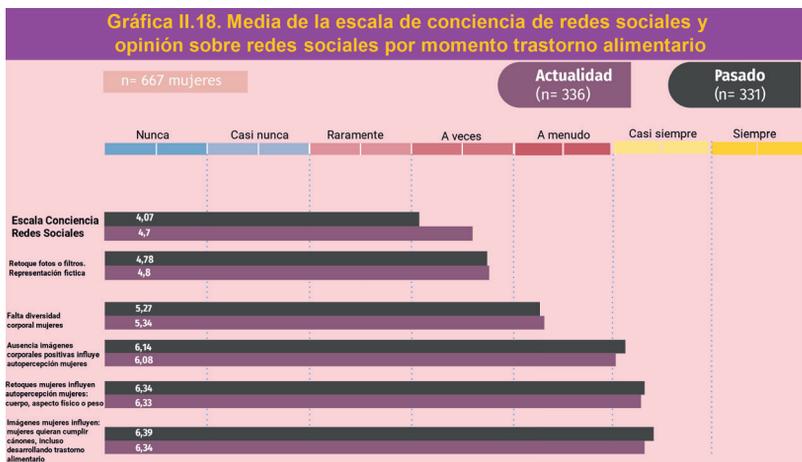
	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Forma vestir mujeres	208	3,35	1,15	126	3,73	0,90	-3,402**
Aspecto físico cuerpo mujeres	208	3,56	1,08	126	4,05	0,82	-4,653***
Peso mujeres	208	3,66	1,04	126	4,10	0,82	-4,296***
Modos de alimentarse	208	3,81	1	126	4,03	0,79	-2,218*
Ejercicio físico	208	3,54	1,11	126	3,76	0,92	-1,952
Origen étnico o racial mujeres	208	2,45	1,12	126	2,78	1,15	-2,556*
Pasado							
Forma vestir mujeres	239	3,57	0,89	89	3,72	0,77	-1,407
Aspecto físico cuerpo mujeres	239	3,86	0,81	89	3,96	0,72	-0,998
Peso mujeres	239	3,87	0,79	89	3,99	0,76	-1,218
Modo de alimentarse	239	3,82	0,81	89	3,97	0,80	-1,492
Ejercicio físico	239	3,62	0,94	89	3,66	0,99	-0,404
Origen étnico o racial mujeres	239	2,74	1,08	89	2,78	1,03	-0,230

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5.6.2. Conciencia sobre las redes sociales

La fiabilidad de la escala de conciencia de redes sociales es alta, con un Alpha de Cronbach de 0,93. Las mujeres encuestadas con trastorno alimentario presentan puntuaciones significativamente más altas que aquellas que padecieron trastorno alimentario en la escala de conciencia de redes sociales ($t= 6,234$; $p= 0,000$) (Gráfica II.18). En el resto de ítems no se encuentran diferencias entre ambos grupos, si bien las puntuaciones elevadas en las medias muestran que las partici-

pantes opinan que la exposición a imágenes de mujeres en redes sociales influye en la autopercepción de los cuerpos de las mujeres e incluso en el desarrollo de trastornos alimentarios.



En la Tabla II.10 se observa que las mujeres que padecen trastornos alimentarios con cuerpo no normativo opinan, en mayor medida, que hay falta de diversidad corporal de mujeres en redes sociales ($t= -2,758$; $p= 0,006$), que la ausencia de imágenes corporales positivas influye en la autopercepción ($t= -3,646$; $p= 0,000$) y que las imágenes que se presentan de mujeres influyen en que quieran cumplir cánones, incluso llevándolas a desarrollar trastornos alimentarios ($t= -2,859$; $p= 0,005$). No se encuentran diferencias entre las mujeres que presentan cuerpos normativos y no normativos en la escala de conciencia de redes sociales, tampoco entre quienes padecen y han padecido trastornos alimentarios.

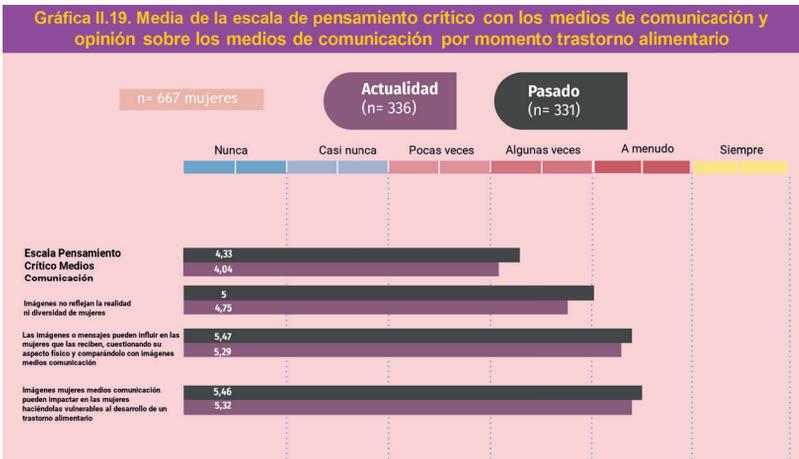
Tabla II.10. T-student de las variables de escala conciencia redes sociales y opinión sobre redes sociales en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Escala Conciencia Redes Sociales	208	4,66	1,35	126	4,78	1,22	-0,854
Retoque fotos o filtros. Representación ficticia	208	4,68	1,78	126	4,98	1,77	-1,530
Falta diversidad corporal mujeres	208	5,16	1,56	126	5,63	1,36	-2,758**
Ausencia imágenes corporales positivas influye autopercepción mujeres	208	5,90	1,45	126	6,38	0,95	-3,646***
Retoques mujeres influyen autopercepción mujeres: cuerpo, aspecto físico o peso	208	6,29	1,11	126	6,40	1,16	-0,874
Imágenes mujeres influyen: mujeres quieren cumplir cánones, incluso desarrollando trastorno alimentario	208	6,22	1,15	126	6,52	0,81	-2,859**
Pasado							
Escala Conciencia Redes Sociales	239	4,05	1,29	89	4,16	1,28	-0,697
Retoque fotos o filtros. Representación ficticia	239	4,87	1,65	89	4,55	1,71	1,526
Falta diversidad corporal mujeres	239	5,22	1,37	89	5,40	1,15	-1,152
Ausencia imágenes corporales positivas influye autopercepción mujeres	239	6,09	1,28	89	6,31	0,89	-1,775
Retoques mujeres influyen autopercepción mujeres: cuerpo, aspecto físico o peso	239	6,36	1,11	89	6,31	1,16	0,354
Imágenes mujeres influyen: mujeres quieren cumplir cánones, incluso desarrollando trastorno alimentario	239	6,40	0,97	89	6,37	0,95	0,257

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5.6.3. Pensamiento crítico hacia los medios de comunicación

La fiabilidad de la escala de Pensamiento Crítico hacia los medios de comunicación es alta, con un Alpha de Cronbach de 0,92. Las mujeres con trastorno alimentario presentan puntuaciones significativamente más bajas que aquellas que padecieron trastorno alimentario en la escala de pensamiento crítico hacia los medios de comunicación ($t= -3,456$; $p= 0,001$) (Gráfica II.19). En el resto de ítems también se encuentran diferencias entre ambos grupos, mostrando mayor conciencia las mujeres que padecieron trastorno alimentario de las influencias de los medios de comunicación, dado que opinan, en mayor medida, que las imágenes no reflejan la realidad ni la diversidad de mujeres ($t= -2,890$; $p= 0,004$), que las imágenes o mensajes pueden influir en las mujeres que las reciben, cuestionando su aspecto físico y comparándolo con imágenes en medios de comunicación ($t= -2,526$; $p= 0,012$) y que las imágenes de mujeres en medios de comunicación pueden impactar en las mujeres, haciéndolas vulnerables al desarrollo de un trastorno alimentario ($t= -2,044$; $p= 0,041$). Cabe apuntar que las puntuaciones elevadas en las medias muestran que las mujeres opinan que la exposición a las imágenes de mujeres en los medios de comunicación influye en la autopercepción de los cuerpos de las mujeres e incluso en el desarrollo de trastornos alimentarios.



En la Tabla II.11 se observa que las mujeres que padecen un trastorno alimentario con cuerpos no normativos opinan, en mayor medida, que en los medios de comunicación las

imágenes de mujeres no reflejan la realidad ni diversidad de sus cuerpos ($t = -2,889$; $p = 0,004$), que las imágenes o mensajes pueden influir en las mujeres que las reciben, cuestionando su aspecto físico y comparándolo con imágenes de los medios de comunicación ($t = -2,659$; $p = 0,008$) y que las imágenes de mujeres en los medios de comunicación pueden impactar en las mujeres, haciéndolas vulnerables al desarrollo de un trastorno alimentario ($t = -2,067$; $p = 0,039$).

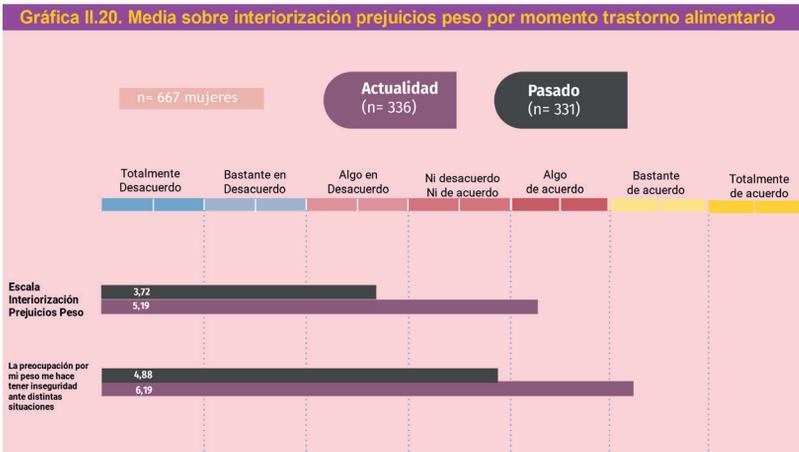
Tabla II.11. T-student de las variables de escala pensamiento crítico hacia los medios de comunicación y opinión sobre medios de comunicación en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo		Cuerpo no normativo		t		
	N	Media	SD	N		Media	SD
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Escala Pensamiento Crítico Medios Comunicación	208	3,96	1,09	126	4,16	1,15	-1,554
Imágenes no reflejan la realidad ni diversidad de mujeres	208	4,61	1,30	126	5,01	1,12	-2,889**
Las imágenes o mensajes pueden influir en las mujeres que las reciben, cuestionando su aspecto físico y comparándolo con imágenes medios comunicación	208	5,19	1,04	126	5,48	0,86	-2,659**
Imágenes mujeres medios comunicación pueden impactar en las mujeres haciéndolas vulnerables al desarrollo de un trastorno alimentario	208	5,25	0,96	126	5,45	0,74	-2,067*
Pasado							
Escala Pensamiento Crítico Medios Comunicación	239	4,38	1,05	89	4,21	1,10	1,253
Imágenes no reflejan la realidad ni diversidad de mujeres	239	5,06	0,99	89	4,85	0,87	1,756
Las imágenes o mensajes pueden influir en las mujeres que las reciben, cuestionando su aspecto físico y comparándolo con imágenes medios comunicación	239	5,47	0,84	89	5,51	0,62	-0,377
Imágenes mujeres medios comunicación pueden impactar en las mujeres haciéndolas vulnerables al desarrollo de un trastorno alimentario	239	5,49	0,75	89	5,38	0,83	1,077

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5.6.4. Interiorización de prejuicios sobre peso

La fiabilidad de la escala de interiorización de los prejuicios de peso es alta, con un Alpha de Cronbach de 0,95. Las mujeres con trastorno alimentario presentan puntuaciones significativamente más altas que aquellas que padecieron trastorno alimentario en la escala de interiorización sobre peso ($t= 12,635$; $p= 0,000$) (Gráfica II.20). También se muestra mayor preocupación por el peso asociado a inseguridad ante distintas situaciones en las mujeres que padecen un trastorno alimentario, con diferencias significativas con respecto a las mujeres que lo padecieron ($t= 10,097$; $p= 0,000$).



En la Tabla II.12 se observa que las mujeres con cuerpos no normativos presentan mayores puntuaciones en la escala de interiorización sobre el peso, tanto entre quienes padecen un trastorno alimentario ($t= -2,112$; $p= 0,000$) como en aquellas que lo han ($t= -7,201$; $p= 0,000$). De nuevo, las mujeres con cuerpo no normativo manifiestan mayor preocupación por su peso, les hace tener inseguridad ante distintas situaciones, independientemente de que lo padezcan ($t= -3,468$; $p= 0,001$) o de que ya estén recuperadas ($t= -6,312$; $p= 0,000$).

Tabla II.12. T-student de las variables de interiorización de los prejuicios sobre el peso en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

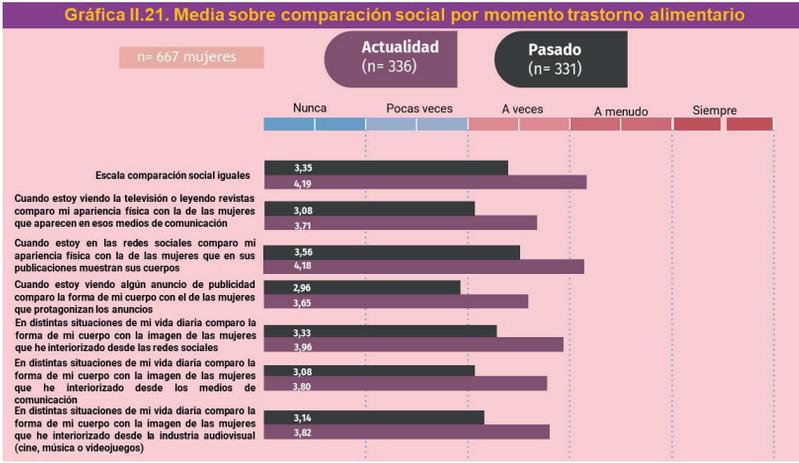
	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Escala Interiorización Prejuicios Peso	208	4,92	1,40	126	5,64	1,13	-5,112***
La preocupación por mi peso me hace tener inseguridad ante distintas situaciones	208	6,04	1,45	126	6,48	0,90	-3,468**
Pasado							
Escala Interiorización Prejuicios Peso	239	3,38	1,60	89	4,64	1,33	-7,201***
La preocupación por mi peso me hace tener inseguridad ante distintas situaciones	239	4,55	2,06	89	5,81	1,40	-6,312***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5.6.5. Comparación social

La fiabilidad de la escala de comparación social con el grupo de iguales es alta, con un Alpha de Cronbach de 0,97. En la Gráfica II.21 se encuentra que las mujeres que padecen trastornos alimentarios, frente a aquellas que los han padecido, presentan significativamente medias más elevadas en la escala de comparación social con iguales ($t = 11,001$; $p = 0,000$) y en todos los ítems que evalúan las comparaciones ascendentes con respecto a las mujeres que aparecen en las publicaciones de los medios de comunicación ($t = 6,487$; $p = 0,000$), las mujeres que muestran sus cuerpos en sus publicaciones en redes sociales ($t = 7,621$; $p = 0,000$), las mujeres que protagonizan anuncios de publicidad ($t = 6,997$; $p = 0,000$), en distintas situaciones de la vida diaria con las imágenes de mujeres interiorizadas en redes sociales ($t = 6,927$; $p = 0,000$), en distintas situaciones de la vida diaria con las imágenes de mujeres interiorizadas en los medios de comunicación ($t =$

7,585; $p= 0,000$), así como en distintas situaciones de la vida diaria con la imagen de las mujeres que he interiorizado desde la industria audiovisual ($t= 7,207$; $p= 0,000$). Los valores medios para mujeres que padecen trastorno alimentario se sitúan entre “A veces” y “A menudo”, mientras que en para aquellas que lo han padecido, entre “Pocas veces” y “A veces”.



En la Tabla II.13 se observa que las mujeres que padecieron trastorno alimentario con cuerpos no normativos presentan significativamente mayores puntuaciones en la escala de comparación social que las mujeres que padecieron trastornos alimentarios con cuerpos normativos ($t= -2,805$; $p= 0,006$).

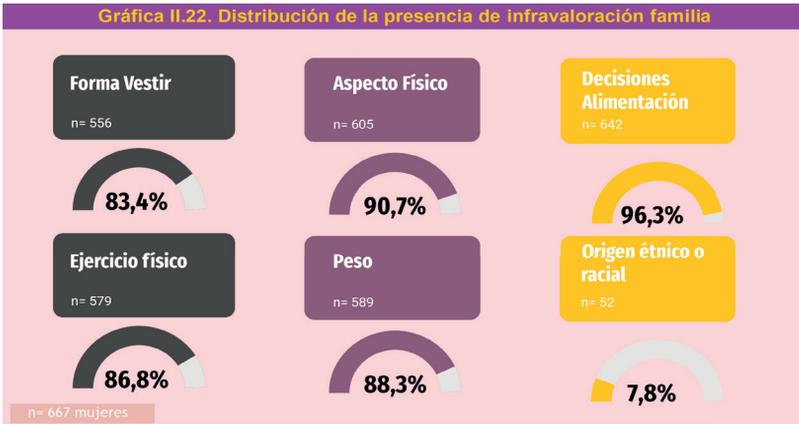
Tabla II.13. T-student de las variables de escala de comparación social con grupo iguales y comparaciones sociales ascendentes en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Escala Comparación social	208	4,16	0,93	126	4,26	0,75	-1,086
Comparaciones mujeres publicaciones medios comunicación	208	3,65	1,28	126	3,82	1,13	-1,184
Comparaciones mujeres muestran sus cuerpos en publicaciones redes sociales	208	4,14	1,01	126	4,25	0,85	-0,993
Comparaciones mujeres protagonizan anuncios de publicidad	208	3,57	1,30	126	3,81	1,16	-1,761
Comparaciones en situaciones vida diaria con imágenes mujeres interiorizadas redes sociales	208	3,88	1,15	126	4,06	0,97	-1,520
Comparaciones en situaciones vida diaria con imágenes mujeres interiorizadas en medios comunicación	208	3,70	1,27	126	3,95	1,06	-1,943
Comparaciones en situaciones vida diaria con imágenes mujeres interiorizadas industria audiovisual	208	3,76	1,24	126	3,91	1,07	-1,158
Pasado							
Escala Comparación social	239	3,27	1,11	89	3,61	0,95	-2,805**
Comparaciones mujeres publicaciones medios comunicación	239	3,01	1,31	89	3,33	1,19	-2,006
Comparaciones mujeres muestran sus cuerpos en publicaciones redes sociales	239	3,57	1,14	89	3,57	1,07	-0,029
Comparaciones mujeres protagonizan anuncios de publicidad	239	2,94	1,32	89	3,07	1,20	-0,788
Comparaciones en situaciones vida diaria con imágenes mujeres interiorizadas redes sociales	239	3,27	1,28	89	3,54	1,13	-1,736
Comparaciones en situaciones vida diaria con imágenes mujeres interiorizadas en medios comunicación	239	3,03	1,26	89	3,29	1,12	-1,757
Comparaciones en situaciones vida diaria con imágenes mujeres interiorizadas industria audiovisual	239	3,11	1,29	89	3,27	1,16	-1,031

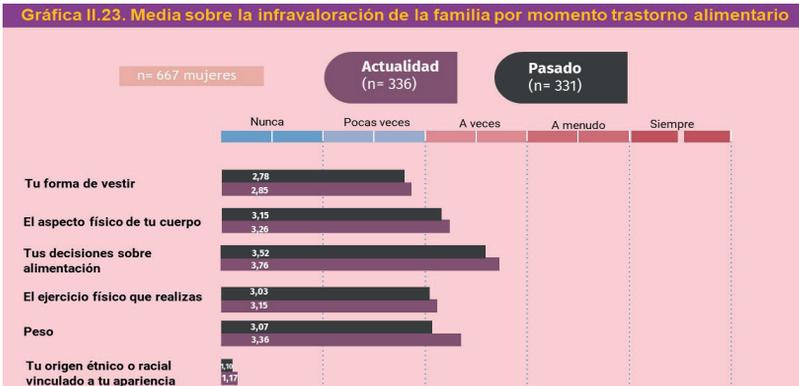
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5.6.6. Violencias interpersonales vinculadas a estereotipos de género y prejuicios

La Gráfica II.22 presenta la distribución de la presencia de situaciones de infravaloración de la familia en distintos contextos. Se observa que la mayoría de las mujeres han manifestado vivir situaciones de infravaloración familiares en cuanto a la forma de vestir (83,4%), el aspecto físico (90,7%), sus decisiones sobre alimentación (96,3%), el ejercicio físico (86,8%) y el peso (88,3%).



En la Gráfica II.23 se observa que las mujeres que padecen trastornos alimentarios, frente a aquellas que los han padecido, presentan significativamente medias más altas en la infravaloración de la familia sobre sus decisiones sobre alimentación ($t= 2,999$; $p= 0,003$) y sobre su peso ($t= 3,051$; $p= 0,002$). Las situaciones de infravaloración más frecuentes (opción de respuesta “A veces”) son las de decisiones sobre la alimentación, sobre el peso, sobre el aspecto físico de las mujeres, así como sobre el ejercicio físico que realizan.



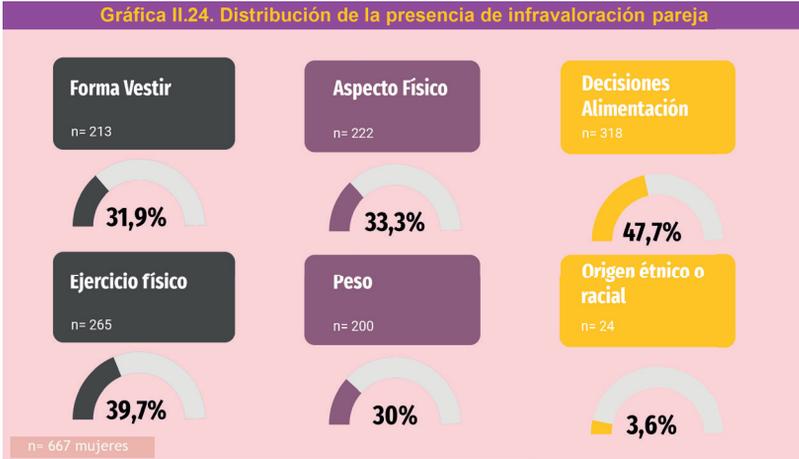
La tabla II.14 muestra que las mujeres con cuerpo no normativo tienen más experiencias de infravaloración por parte de las familias en ambos grupos. Las diferencias son significativas en el grupo de mujeres que padecen trastorno alimentario en la forma de vestir ($t = -2,620$; $p = 0,009$), el aspecto físico del cuerpo ($t = -6,630$; $p = 0,000$), las decisiones sobre alimentación ($t = -2,085$; $p = 0,038$), el ejercicio físico que realizan ($t = -5,070$; $p = 0,000$) y su peso ($t = -7,915$; $p = 0,000$). En el grupo de mujeres que han padecido un trastorno alimentario, son significativas en la forma de vestir ($t = -2,368$; $p = 0,018$), el aspecto físico del cuerpo ($t = -5,090$; $p = 0,000$), el ejercicio físico que realizan ($t = -3,535$; $p = 0,000$) y su peso ($t = -7,352$; $p = 0,000$).

Tabla II.14. T-student de las variables de infravaloración en la familia en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

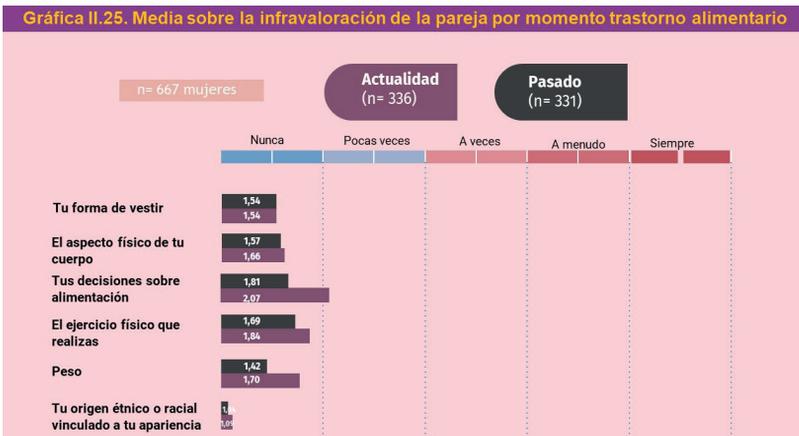
	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Tu forma de vestir	208	2,72	1,30	126	3,06	1,13	-2,620**
El aspecto físico de tu cuerpo	208	2,95	1,09	126	3,75	1,06	-6,630***
Tus decisiones sobre alimentación	208	3,66	1,05	126	3,9	0,95	-2,085*
El ejercicio físico que realizas	208	2,89	1,23	126	3,57	1,13	-5,070***
Tu peso	208	2,96	1,22	126	4	1,08	-7,915***
Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física	208	1,13	0,56	126	1,23	0,72	-1,340
Pasado							
Tu forma de vestir	239	2,68	1,15	89	3,01	1,10	-2,368*
El aspecto físico de tu cuerpo	239	2,97	1,06	89	3,62	0,94	-5,090***
Tus decisiones sobre alimentación	239	3,47	1,04	89	3,62	0,94	-1,154
El ejercicio físico que realizas	239	2,88	1,23	89	3,42	1,17	-3,535***
Tu peso	239	2,79	1,13	89	3,80	1,01	-7,352***
Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física	239	1,09	0,40	89	1,12	0,42	-0,626

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

La Gráfica II.24 presenta la distribución de la presencia de situaciones de infravaloración de la pareja en distintos contextos. Se observa que con mayor frecuencia las mujeres han vivido situaciones de infravaloración, pero inferiores al 50%, en la forma de vestir (31,9%), el aspecto físico (33,3%), sus decisiones sobre alimentación (47,7%), el ejercicio físico (39,7%) y el peso (30%).



En la Gráfica II.25 se observa que las mujeres que padecen trastornos alimentarios, frente a aquellas que los han padecido, presentan significativamente medias más altas en la infravaloración de la pareja sobre sus decisiones sobre alimentación ($t= 2,836$; $p= 0,005$) y sobre su peso ($t= 3,609$; $p= 0,000$). Las situaciones de infravaloración más frecuentes en la pareja son las relacionadas con decisiones sobre la alimentación en las mujeres que padecen trastornos alimentarios. Los valores medios del resto de las situaciones se sitúan en la opción de respuesta de “Nunca”.



La tabla II.15 no muestra diferencias significativas en las infravaloraciones que puedan llevar a cabo sus parejas en función de si tienen un cuerpo normativo o no en ninguno de los grupos.

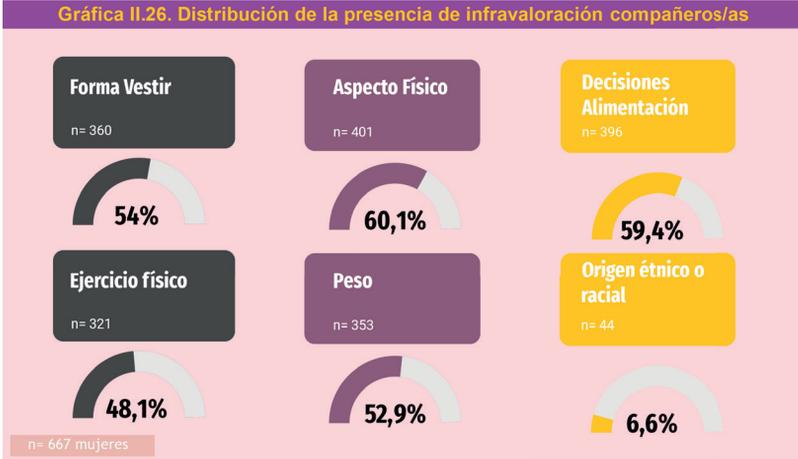
Tabla II.15. T-student de las variables de infravaloración en la pareja en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Tu forma de vestir	208	1,53	0,91	126	1,54	0,92	-0,105
El aspecto físico de tu cuerpo	208	1,61	1,04	126	1,73	1,06	-1,054
Tus decisiones sobre alimentación	208	2,05	1,27	126	2,13	1,21	-0,562
El ejercicio físico que realizas	208	1,81	1,21	126	1,90	1,20	-0,655
Tu peso	208	1,63	1,08	126	1,79	1,13	-1,320
Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física	208	1,10	0,52	126	1,06	0,30	0,742
Pasado							
Tu forma de vestir	239	1,56	0,92	89	1,48	0,91	0,716
El aspecto físico de tu cuerpo	239	1,59	0,97	89	1,54	1,03	0,377
Tus decisiones sobre alimentación	239	1,82	1,14	89	1,81	1,07	0,110
El ejercicio físico que realizas	239	1,64	1,02	89	1,84	1,11	-1,568
Tu peso	239	1,38	0,81	89	1,53	1,05	-1,169
Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física	239	1,04	0,30	89	1,03	0,24	0,230

p < 0,05; **p < 0,01; *p < 0,001*

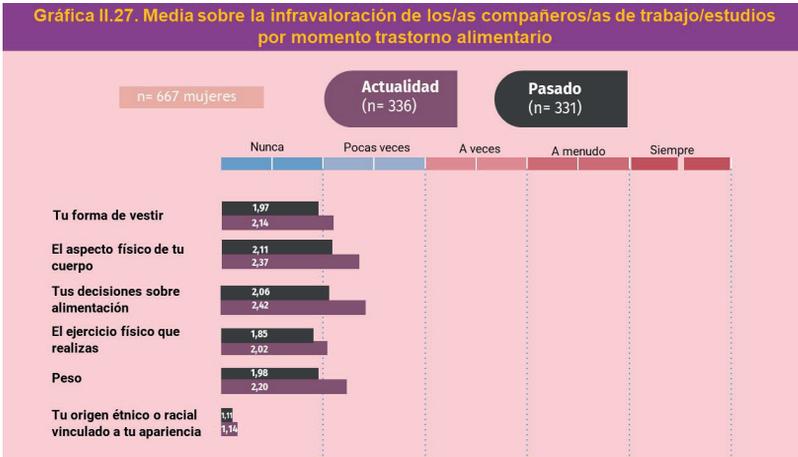
La Gráfica II.26 presenta la distribución de la presencia de situaciones de infravaloración por parte de compañeros/as de trabajo o estudios en distintos contextos. Se observa que, con mayor frecuencia, las mujeres han vivido situaciones de infravaloración sobre su aspecto físico (60,1%) y decisiones sobre alimentación (59,4%).

Gráfica II.26. Distribución de la presencia de infravaloración compañeros/as



En la Gráfica II.27 se observa que las mujeres que padecen trastornos alimentarios, frente a aquellas que los han padecido, presentan significativamente medias más altas en la infravaloración de los/as compañeros/as de trabajo o estudios sobre su forma de vestir ($t= 1,974$; $p= 0,049$), el aspecto físico de su cuerpo ($t= 2,728$; $p= 0,007$), sus decisiones sobre alimentación ($t= 3,764$; $p= 0,000$) y sobre su peso ($t= 2,209$; $p= 0,028$). Las situaciones de infravaloración más frecuentes son sobre las decisiones de la alimentación, el aspecto físico de su cuerpo, el peso y la forma de vestir en las mujeres que padecen trastornos alimentarios (“Pocas veces”).

Gráfica II.27. Media sobre la infravaloración de los/as compañeros/as de trabajo/estudios por momento trastorno alimentario



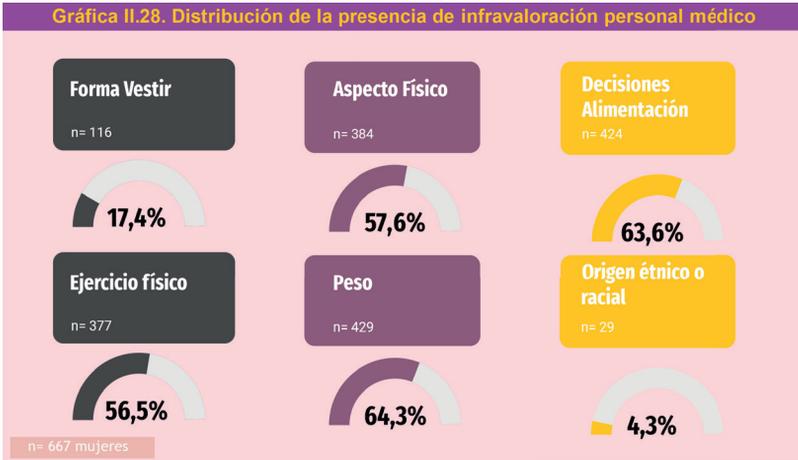
La tabla II.16 muestra diferencias significativas en función del cuerpo normativo o no en ambos grupos por parte de compañeros/as de trabajo o estudios. Las mujeres con cuerpo no normativo tienen, en la mayoría de los ítems, mayores experiencias de infravaloración por parte de compañeros/as de trabajo o estudios. Las diferencias son significativas en el grupo de mujeres que padecen trastorno alimentario en el ejercicio físico que realizan ($t = -2,006$; $p = 0,046$) y su peso ($t = -4,015$; $p = 0,000$). En el grupo de mujeres que han padecido un trastorno alimentario, se encuentran diferencias significativas en el ejercicio físico ($t = -2,123$; $p = 0,034$) y su peso ($t = -2,818$; $p = 0,006$).

Tabla II.16. T-student de las variables de infravaloración de compañeros/as de trabajo o estudio en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Tu forma de vestir	208	2,13	1,17	126	2,16	1,29	-0,176
El aspecto físico de tu cuerpo	208	2,28	1,25	126	2,52	1,34	-1,635
Tus decisiones sobre alimentación	208	2,45	1,29	126	2,37	1,36	0,585
El ejercicio físico que realizas	208	1,93	1,18	126	2,20	1,22	-2,006*
Tu peso	208	1,98	1,17	126	2,56	1,37	-4,015***
Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física	208	1,12	0,45	126	1,17	0,70	-0,868
Pasado							
Tu forma de vestir	239	1,92	1,08	89	2,02	1,06	-0,765
El aspecto físico de tu cuerpo	239	2,03	1,18	89	2,26	1,12	-1,616
Tus decisiones sobre alimentación	239	2,00	1,19	89	2,16	1,15	-1,049
El ejercicio físico que realizas	239	1,75	1,11	89	2,04	1,15	-2,123*
Tu peso	239	1,85	1,12	89	2,29	1,30	-2,818**
Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física	239	1,10	0,48	89	1,12	0,50	-0,317

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

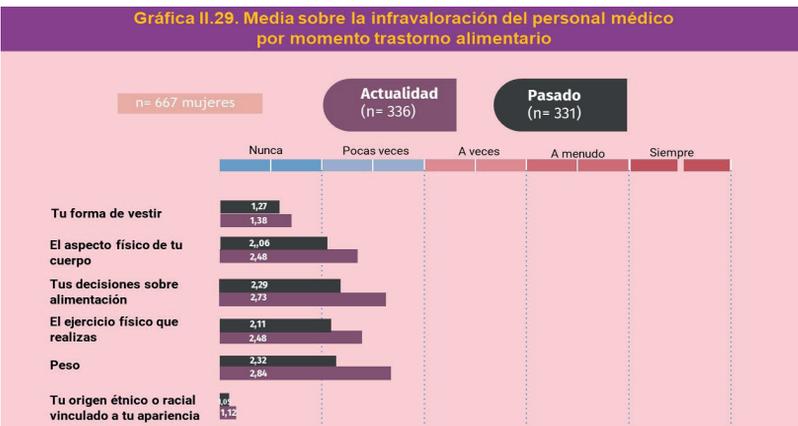
Gráfica II.28. Distribución de la presencia de infravaloración personal médico



La Gráfica II.28 presenta la distribución de la presencia de situaciones de infravaloración del personal médico en distintos contextos. Se observa que con mayor frecuencia las mujeres han vivido situaciones de infravaloración, próximas al 60%, sobre su aspecto físico (57,6%), sus decisiones sobre alimentación (63,6%), el ejercicio físico (56,5%) y el peso (64,3%).

Las situaciones de infravaloración más frecuentes son el peso, las decisiones de la alimentación, el aspecto físico de su cuerpo y el ejercicio físico que realizan: “Pocas veces” (Gráfica II.29). Las mujeres que padecen trastornos alimentarios, frente a aquellas que los han padecido, presentan significativamente medias más altas en la infravaloración del personal médico sobre su forma de vestir ($t= 4,168$; $p= 0,000$), sus decisiones sobre alimentación ($t= 4,100$; $p= 0,000$), el ejercicio físico que realizan ($t= 3,592$; $p= 0,000$), sobre su peso ($t= 4,691$; $p= 0,000$) y su origen étnico o racial en función de su aspecto físico ($t= 2,076$; $p= 0,039$).

Gráfica II.29. Media sobre la infravaloración del personal médico por momento trastorno alimentario



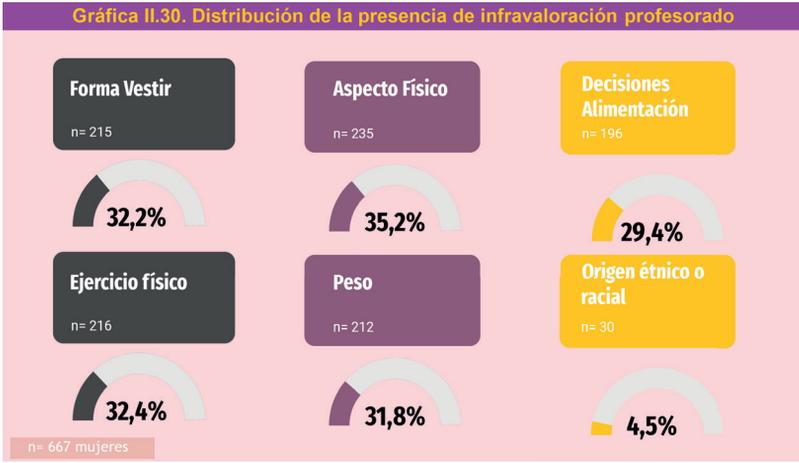
La tabla II.17 muestra diferencias significativas en función del cuerpo normativo o no en ambos grupos por parte del personal médico. Las mujeres con cuerpo no normativo tienen, en la mayoría de los ítems, mayores experiencias de infravaloración por parte del personal médico. Las diferencias son significativas en el grupo de mujeres que padecen trastorno alimentario en el aspecto físico de su cuerpo ($t = -8,508$; $p = 0,000$), en sus decisiones sobre alimentación ($t = -6,887$; $p = 0,000$), en el ejercicio físico que realizan ($t = -8,976$; $p = 0,000$) y su peso ($t = -12,428$; $p = 0,000$). En el grupo de mujeres que han padecido un trastorno alimentario, se encuentran diferencias significativas en el aspecto físico de su cuerpo ($t = -7,340$; $p = 0,000$), en sus decisiones sobre alimentación ($t = -3,364$; $p = 0,000$), en el ejercicio físico que realizan ($t = -5,446$; $p = 0,000$) y su peso ($t = -7,848$; $p = 0,000$).

Tabla II.17. T-student de las variables de infravaloración del personal médico en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

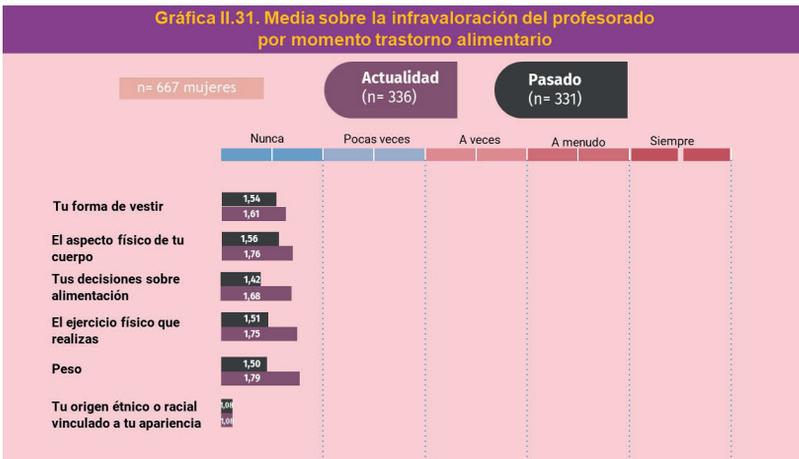
	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Tu forma de vestir	208	1,31	0,76	126	1,52	1,04	-1,942
El aspecto físico de tu cuerpo	208	2,02	1,19	126	3,22	1,34	-8,508***
Tus decisiones sobre alimentación	208	2,35	1,33	126	3,37	1,28	-6,887***
El ejercicio físico que realizas	208	2,00	1,25	126	3,29	1,32	-8,976***
Tu peso	208	2,21	1,27	126	3,89	1,15	-12,428***
Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física	208	1,11	0,54	126	1,15	0,69	-0,664
Pasado							
Tu forma de vestir	239	1,23	0,66	89	1,31	0,81	-0,923
El aspecto físico de tu cuerpo	239	1,74	1,04	89	2,84	1,26	-7,340***
Tus decisiones sobre alimentación	239	2,13	1,33	89	2,69	1,38	-3,364**
El ejercicio físico que realizas	239	1,85	1,15	89	2,74	1,39	-5,446***
Tu peso	239	1,97	1,23	89	3,20	1,37	-7,848***
Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física	239	1,05	0,23	89	1,06	0,32	-0,321

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

La Gráfica II.30 presenta la distribución de la presencia de situaciones de infravaloración del profesorado en distintos contextos. Se observa que con menor frecuencia las mujeres han vivido situaciones de infravaloración con el profesorado, con valores próximos al 30% en todos los contextos, excepto, origen étnico o racial (4,5%).



Lo más destacado es que todos los valores medios están dentro de la opción de respuesta “Nunca”. En la Gráfica II.31, se observa que las mujeres que padecen trastornos alimentarios, frente a aquellas que los han padecido, presentan significativamente medias más altas en la infravaloración del profesorado sobre su forma de vestir ($t= 2,076$; $p= 0,039$), aspecto físico de su cuerpo ($t= 2,590$; $p= 0,010$), sus decisiones sobre alimentación ($t= 3,536$; $p= 0,000$), el ejercicio físico que realiza ($t= 2,950$; $p= 0,003$) y sobre su peso ($t= 3,570$; $p= 0,000$).



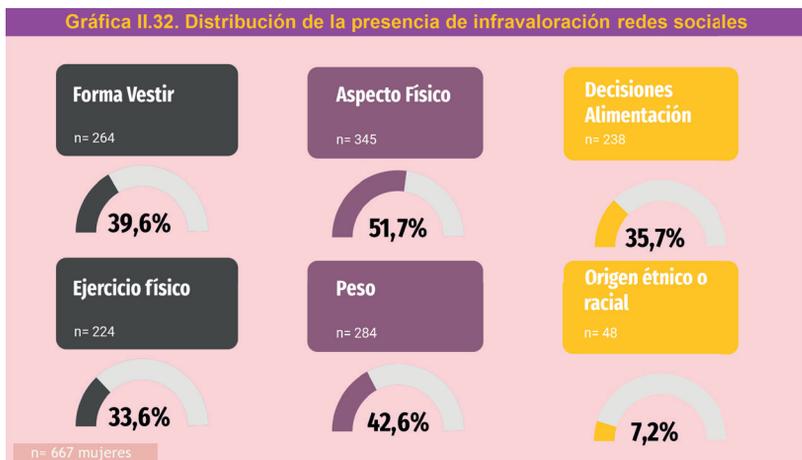
La tabla II.18 muestra diferencias significativas en función del cuerpo normativo o no normativo en ambos grupos por parte del profesorado. Las mujeres con cuerpo no normativo tienen, en la totalidad de los ítems, mayores experiencias de infravaloración por parte del profesorado. Las diferencias son significativas en el grupo de mujeres que padecen trastorno alimentario en el aspecto físico de su cuerpo ($t = -3,604$; $p = 0,000$), en sus decisiones sobre alimentación ($t = -2,650$; $p = 0,009$), en el ejercicio físico que realizan ($t = -3,752$; $p = 0,000$) y su peso ($t = -5,259$; $p = 0,000$). En el grupo de mujeres que han padecido un trastorno alimentario, se encuentran diferencias significativas en el aspecto físico de su cuerpo ($t = -2,533$; $p = 0,012$), en sus decisiones sobre alimentación ($t = -2,127$; $p = 0,035$), en el ejercicio físico que realizan ($t = -2,833$; $p = 0,005$) y su peso ($t = -3,944$; $p = 0,000$).

Tabla II.18. T-student de las variables de infravaloración del profesorado en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Tu forma de vestir	208	1,54	0,91	126	1,74	1,15	-1,658
El aspecto físico de tu cuerpo	208	1,59	0,95	126	2,06	1,26	-3,604***
Tus decisiones sobre alimentación	208	1,56	1,00	126	1,90	1,19	2,650**
El ejercicio físico que realizas	208	1,57	1,03	126	2,06	1,22	-3,752***
Tu peso	208	1,52	0,96	126	2,25	1,35	-5,259***
Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física	208	1,05	0,31	126	1,13	0,55	-1,380
Pasado							
Tu forma de vestir	239	1,49	0,90	89	1,67	0,99	-1,643
El aspecto físico de tu cuerpo	239	1,47	0,88	89	1,75	0,97	-2,533*
Tus decisiones sobre alimentación	239	1,35	0,77	89	1,60	0,97	-2,127*
El ejercicio físico que realizas	239	1,40	0,87	89	1,78	1,13	-2,833**
Tu peso	239	1,35	0,79	89	1,87	1,14	-3,944***
Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física	239	1,07	0,33	89	1,10	0,45	-0,741

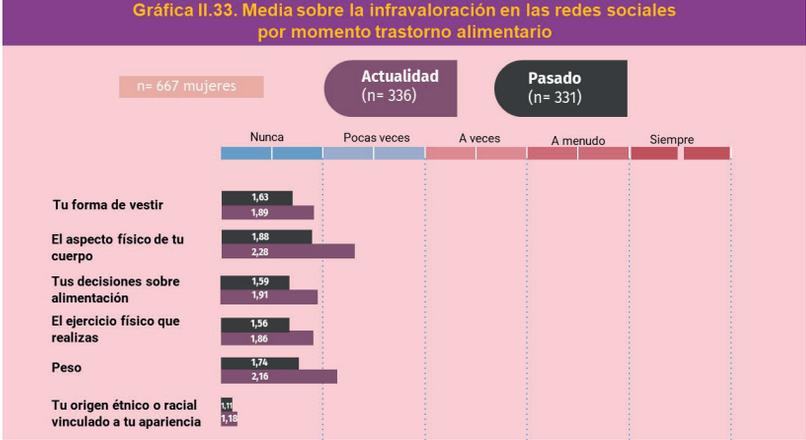
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

La Gráfica II.32 presenta la distribución de la presencia de situaciones de infravaloración en las redes sociales en distintos contextos. Se observa que con mayor frecuencia las mujeres han vivido situaciones de infravaloración, próximas al 50%, sobre su aspecto físico (51,7%).



Lo más destacado es que casi todos los valores medios están dentro de la opción de respuesta “Nunca”, excepto la puntuación sobre infravaloraciones del aspecto físico de su cuerpo y peso con puntuaciones medias en la opción de respuesta “Pocas veces” de las mujeres que padecen un trastorno alimentario. En la Gráfica II.33 se observa que las mujeres que padecen trastornos alimentarios, frente a aquellas que los han padecido, presentan significativamente medias más altas en la infravaloración vivida en las redes sociales sobre su forma de vestir ($t= 3,147$; $p= 0,002$), aspecto físico de su cuerpo ($t= 4,077$; $p= 0,000$), sus decisiones sobre alimentación ($t= 3,556$; $p= 0,000$), el ejercicio físico que realiza ($t= 3,289$; $p= 0,001$) y sobre su peso ($t= 4,243$; $p= 0,000$).

Gráfica II.33. Media sobre la infravaloración en las redes sociales por momento trastorno alimentario



La tabla II.19 muestra diferencias significativas en función del cuerpo normativo vs. no normativo en ambos grupos en las redes sociales. Las mujeres con cuerpo no normativo tienen, en la mayoría de los ítems, mayores experiencias de infravaloración por parte de sus vivencias en las redes sociales. Las diferencias son significativas en el grupo de mujeres que padecen trastorno alimentario en el aspecto físico de su cuerpo ($t = -2,429$; $p = 0,016$), en el ejercicio físico que realizan ($t = -2,130$; $p = 0,034$) y su peso ($t = -3,244$; $p = 0,001$). En el grupo de mujeres que han padecido un trastorno alimentario, se encuentran diferencias significativas en el aspecto físico de su cuerpo ($t = -2,002$; $p = 0,047$), en el ejercicio físico que realizan ($t = -2,575$; $p = 0,011$) y su peso ($t = -2,590$; $p = 0,011$).

Tabla II.19. T-student de las variables de infravaloración vivada en las redes sociales en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

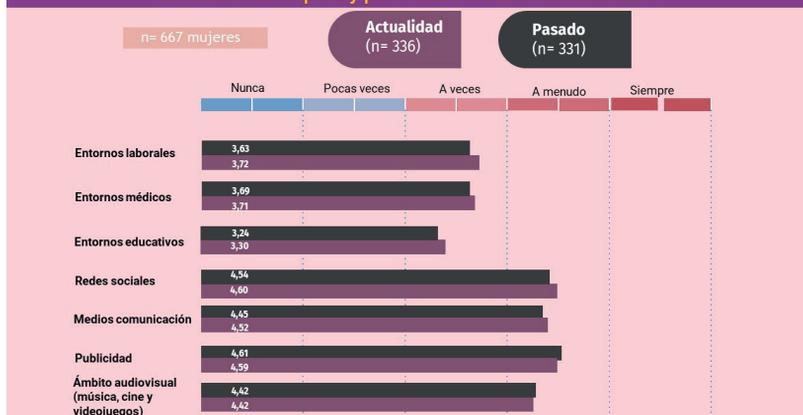
	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Tu forma de vestir	208	1,89	1,15	126	1,90	1,31	-0,054
El aspecto físico de tu cuerpo	208	2,13	1,29	126	2,52	1,45	-2,429*
Tus decisiones sobre alimentación	208	1,81	1,19	126	2,09	1,42	-1,821
El ejercicio físico que realizas	208	1,75	1,20	126	2,06	1,40	-2,130*
Tu peso	208	1,96	1,29	126	2,48	1,52	-3,244**
Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física	208	1,20	0,67	126	1,15	0,65	0,621
Pasado							
Tu forma de vestir	239	1,56	0,87	89	1,82	1,20	-1,893
El aspecto físico de tu cuerpo	239	1,81	1,06	89	2,11	1,28	-2,002*
Tus decisiones sobre alimentación	239	1,52	0,95	89	1,80	1,25	-1,916
El ejercicio físico que realizas	239	1,47	0,92	89	1,84	1,25	-2,575*
Tu peso	239	1,63	1,04	89	2,03	1,32	-2,590*
Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física	239	1,08	0,41	89	1,20	0,74	-,1481

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5.6.7. Conciencia sobre situaciones sociales de discriminación de la mujer: peso y raza

En la Gráfica II.34 no se observan diferencias en las puntuaciones medias entre las mujeres que padecen trastornos alimentarios y aquellas que los han padecido a la percepción de discriminaciones que sufren en diferentes entornos sobre su peso corporal. Cabe destacar que los entornos en los que las mujeres perciben que “A menudo” sufren discriminaciones por su peso son la publicidad, las redes sociales, los medios de comunicación y el ámbito audiovisual. Se observa la opción de respuesta “A veces” en entornos laborales, médicos y educativos.

Gráfica II.34. Media sobre percepción de discriminaciones sociales hacia las mujeres en función de su peso y por momento trastorno alimentario



La tabla II.20 muestra diferencias significativas en función del cuerpo normativo vs. no normativo en ambos grupos sobre las discriminaciones que perciben las mujeres sobre el peso en distintos entornos. Las mujeres con cuerpo no normativo tienen, en la mayoría de los ítems, percepciones de mayor discriminación. Las diferencias son significativas en el grupo de mujeres que padecen un trastorno alimentario en el entorno laboral ($t = -2,122$; $p = 0,031$), el entorno médico ($t = -4,425$; $p = 0,000$), medios de comunicación ($t = -3,219$; $p = 0,001$), publicidad ($t = -2,519$; $p = 0,012$) y ámbito audiovisual ($t = -2,036$; $p = 0,043$). En el grupo de mujeres que han padecido un trastorno alimentario, solo se encuentran diferencias significativas en el entorno médico ($t = -4,137$; $p = 0,000$) y ámbito audiovisual ($t = -0,465$; $p = 0,044$).

Tabla II.20. T-student de las variables de las percepciones que sufren las mujeres por su peso en diferentes entornos en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Entorno laboral	208	3,64	0,97	126	3,87	0,89	-2,122*
Entorno médico	208	3,51	1,17	126	4,04	0,98	-4,425***
Entorno educativo	208	3,27	1,07	126	3,37	1,08	-0,857
Redes sociales	208	4,57	0,63	126	4,67	0,62	-1,401
Medios de comunicación	208	4,44	0,67	126	4,66	0,57	-3,219**
Publicidad	208	4,52	0,69	126	4,69	0,51	-2,519*
Ámbito audiovisual (música, cine o videojuegos)	208	4,35	0,84	126	4,53	0,76	-2,036*
Pasado							
Entorno laboral	239	3,58	0,94	89	3,75	0,90	-1,486
Entorno médico	239	3,54	1,18	89	4,06	0,92	-4,137***
Entorno educativo	239	3,18	1,06	89	3,37	0,92	-1,505
Redes sociales	239	4,51	0,70	89	4,61	0,54	-1,266
Medios de comunicación	239	4,44	0,75	89	4,47	0,61	-0,367
Publicidad	239	4,61	0,68	89	4,60	0,62	0,187
Ámbito audiovisual (música, cine o videojuegos)	239	4,41	0,79	89	4,45	0,66	-0,465*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Cabe destacar que todos los entornos presentan una puntuación media dentro de la opción de respuesta de “A veces”. En la Gráfica II.35 no se observan diferencias en las puntuaciones medias entre las mujeres que padecen trastornos alimentarios y aquellas mujeres que los han padecido respecto a la percepción de discriminaciones que sufren las mujeres en diferentes entornos sobre su origen étnico.



No se encuentran diferencias significativas en función del peso en ambos grupos en las discriminaciones que perciben las mujeres sobre el origen étnico en distintos entornos (Tabla II.21).

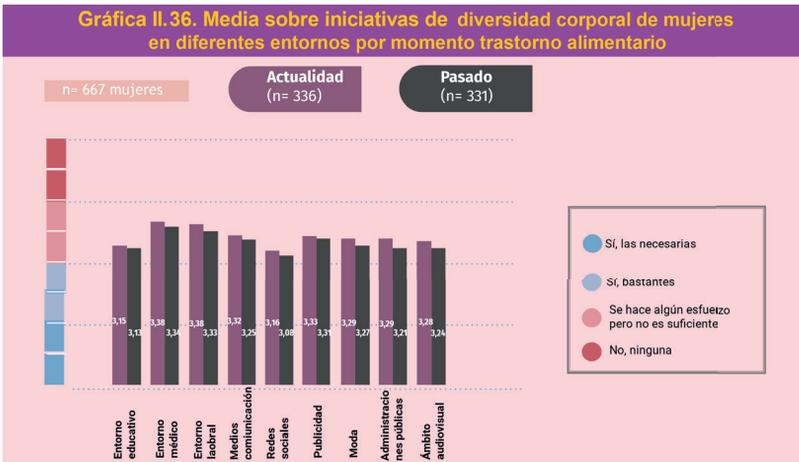
Tabla II.21. T-student de las variables de las discriminaciones que sufren las mujeres por su origen étnico en diferentes entornos en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Entorno laboral	208	3,75	1,02	126	3,87	0,97	-1,020
Entorno médico	208	3,27	1,19	126	3,45	1,20	-1,355
Entorno educativo	208	3,41	1,09	126	3,52	1,15	-0,916
Redes sociales	208	3,75	1,06	126	3,87	1,00	-1,011
Medios de comunicación	208	3,82	1,07	126	4,00	1,00	-1,556
Publicidad	208	3,84	1,06	126	3,96	1,01	-1,057
Ámbito audiovisual (música, cine o videojuegos)	208	3,74	1,13	126	3,85	1,10	-0,901
Pasado							
Entorno laboral	239	3,92	1,00	89	3,88	0,82	0,407
Entorno médico	239	3,42	1,17	89	3,48	1,05	-0,482
Entorno educativo	239	3,53	1,10	89	3,55	0,97	-0,145
Redes sociales	239	3,78	1,01	89	3,82	0,98	-0,337
Medios de comunicación	239	3,82	1,00	89	3,93	0,92	-0,958
Publicidad	239	3,84	1,03	89	3,90	0,98	-0,458
Ámbito audiovisual (música, cine o videojuegos)	239	3,70	1,10	89	3,69	0,95	0,133

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5.6.8. Opinión sobre la presencia de diversidad corporal en nuestra sociedad

Las puntuaciones medias sobre la opinión de las iniciativas de diversidad que se llevan a cabo en nuestro país en distintos entornos ponen de manifiesto que tanto las mujeres que padecen un trastorno alimentario como las que lo han padecido consideran que “Se hace algún esfuerzo, pero no es suficiente” en todos los entornos sobre los que se ha preguntado. No se encuentra ninguna diferencia significativa entre ambos grupos (Gráfica II.36).



Se presentan en la Tabla II.22 la percepción de iniciativas de diversidad corporal de mujeres en diferentes entornos en función del cuerpo normativo y no normativo. Las mujeres con cuerpo no normativo consideran, en casi todos los ítems, que son necesarias más iniciativas de diversidad corporal en nuestra sociedad. En el grupo de mujeres que padecen trastorno alimentario, estas diferencias son significativas en el entorno educativo ($t= -2,249$; $p= 0,025$), el entorno médico ($t= -4,849$; $p= 0,000$) y medios de comunicación ($t= -2,044$; $p= 0,042$), mientras que en el grupo que padeció un trastorno alimentario se dan diferencias significativas en el entorno educativo ($t= -2,138$; $p= 0,033$), el entorno médico ($t= -4,278$; $p= 0,000$), el entorno laboral ($t= -2,314$; $p= 0,021$) y las Administraciones Públicas ($t= -2,249$; $p= 0,025$).

Tabla II.22. T-student de las variables de las percepciones sobre iniciativas de diversidad corporal de las mujeres en diferentes entornos en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

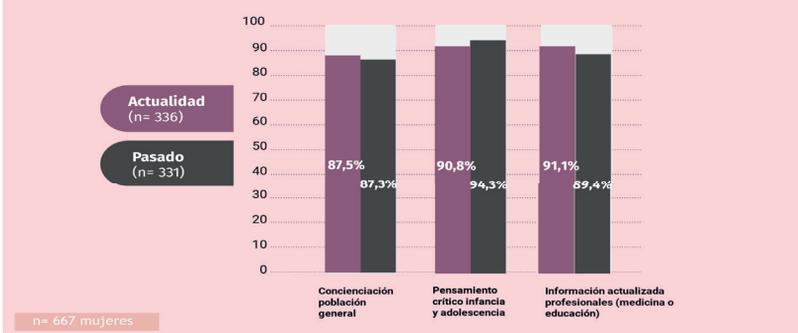
	Cuerpo normativo			Cuerpo no normativo			t
	N	Media	SD	N	Media	SD	
Momento trastorno alimentario							
Actualidad							
Entorno educativo	208	3,08	0,69	126	3,25	0,56	-2,249*
Entorno médico	208	3,24	0,81	126	3,60	0,54	-4,849***
Entorno laboral	208	3,37	0,70	126	3,40	0,62	-0,518
Medios de comunicación	208	3,26	0,65	126	3,40	0,54	-2,044*
Redes sociales	208	3,13	0,71	126	3,22	0,62	-1,205
Publicidad	208	3,32	0,66	126	3,34	0,68	-0,337
Mundo de la moda	208	3,26	0,72	126	3,33	0,53	-0,957
Administraciones Públicas	208	3,24	0,68	126	3,37	0,60	-1,869
Industria audiovisual (música, cine o videojuegos)	208	3,24	0,67	126	3,33	0,58	-1,287
Pasado							
Entorno educativo	239	3,08	0,67	89	3,25	0,53	-2,138*
Entorno médico	239	3,24	0,74	89	3,61	0,54	-4,278***
Entorno laboral	239	3,28	0,75	89	3,48	0,57	-2,314*
Medios de comunicación	239	3,22	0,64	89	3,34	0,54	-1,557
Redes sociales	239	3,09	0,65	89	3,06	0,59	0,404
Publicidad	239	3,28	0,66	89	3,38	0,51	-1,367
Mundo de la moda	239	3,26	0,64	89	3,30	0	-0,577
Administraciones Públicas	239	3,16	0,72	89	3,36	0,64	-2,249*
Industria audiovisual (música, cine o videojuegos)	239	3,22	0,68	89	3,30	0,59	-1,056

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5.6.9. Opinión sobre la necesidad de transformaciones sociales

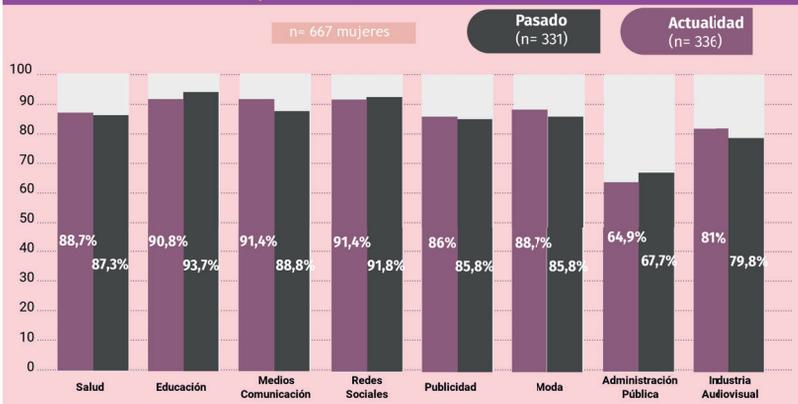
Tal y como se recoge en la Gráfica II.37, aproximadamente un 90% de las mujeres encuestadas opinan que, para favorecer la presencia de una mejor relación de las mujeres con sus cuerpos y una mayor autoestima, sería necesario trabajar en la concienciación de la población general, el pensamiento crítico en la infancia y adolescencia, así como en la información actualizada de profesionales de educación y medicina. No se encuentran diferencias significativas entre las mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario, ni tampoco entre las mujeres con cuerpo normativo y no normativo.

Gráfica II.37. Distribución contenidos de intervenciones sociales que favorezcan la relación de las mujeres con sus cuerpos y autoestima por momento trastorno alimentario



En la Gráfica II.38. se observa que aproximadamente el 65% de las mujeres opinan que se debería intervenir en las Administraciones Públicas y, de un 80% a un 90%, que sería necesario llevar a cabo intervenciones en colectivos de profesionales de salud, educación, medios de comunicación, redes sociales, publicidad, moda e industria audiovisual. No se encuentran diferencias significativas entre las mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario. Solo se encuentran diferencias entre las mujeres con cuerpo normativo y no normativo en las intervenciones de salud y redes sociales.

Gráfica II.38. Distribución de intervenciones sociales en diferentes sectores profesionales por momento trastorno alimentario



Se encuentra que las mujeres con cuerpo no normativo consideran más necesarias las intervenciones en el ámbito de la salud frente a las mujeres con cuerpo normativo ($X^2=8,782$; $p=0,003$) (Tabla II.23).

Tabla II.23. χ^2 y distribución sobre la necesidad de llevar a cabo intervenciones en entornos de salud en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo		Cuerpo no normativo		χ^2
	N	%	N	%	
Actualidad					
No	32	15,4	6	15,8	8,782**
Sí	176	84,6	120	95,2	
Pasado					
No	37	15,5	5	11,9	
Sí	202	84,5	894	94,4	

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; $\chi^2 =$ Chi cuadrado.*

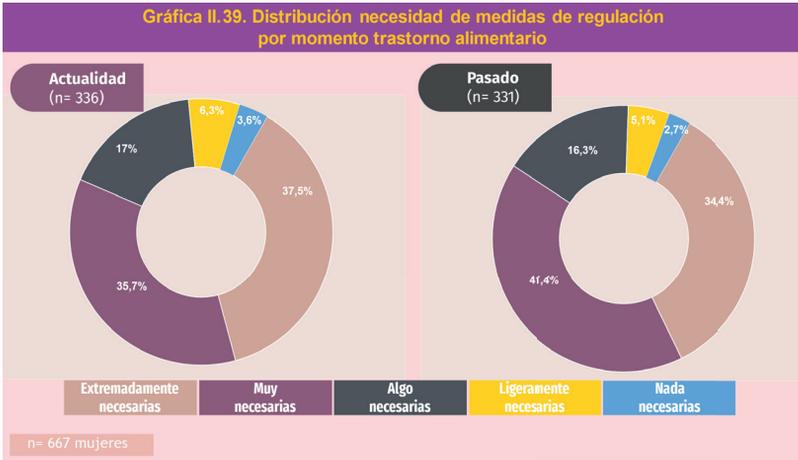
Se encuentra que las mujeres con cuerpo normativo consideran más necesarias las intervenciones en el ámbito de las redes sociales frente a las mujeres con cuerpo no normativo ($\chi^2 = 4,115$; $p = 0,043$) (Tabla II.24).

Tabla II.24. χ^2 y distribución sobre la necesidad de llevar a cabo intervenciones en redes sociales en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

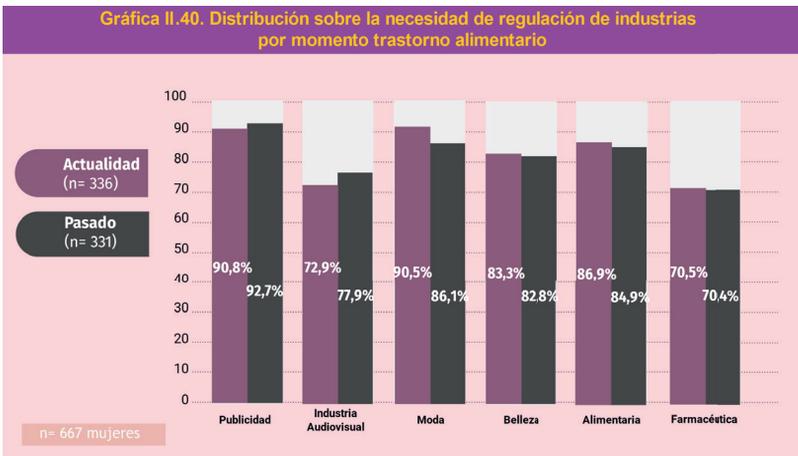
	Cuerpo normativo		Cuerpo no normativo		χ^2
	N	%	N	%	
Actualidad					
No	13	6,3	16	12,7	4,115*
Sí	195	93,8	110	87,3	
Pasado					
No	13	5,4	14	15,7	
Sí	22,6	94,6	75	84,3	

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; $\chi^2 =$ Chi cuadrado.*

En la Gráfica II.39. se observa que aproximadamente el 70% de las mujeres opinan que se deberían llevar a cabo medidas de regulación a través de leyes o normativas. No se encuentran diferencias significativas entre las mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario; tampoco se encuentran diferencias significativas en función del peso (normativo vs. no normativo).

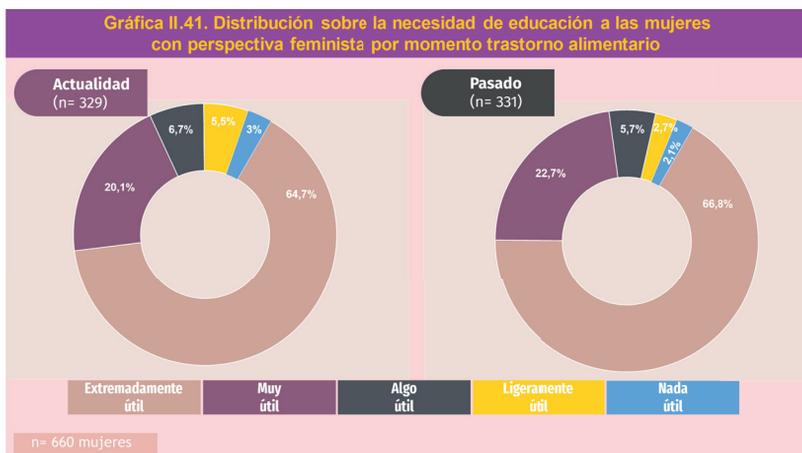


En la Gráfica II.40. se observa que aproximadamente del 70 al 78% de las mujeres opinan que se debería regular la industria audiovisual y la farmacéutica, y, de un 80% a un 90%, que sería necesario regular en la publicidad, la moda, la industria de la belleza y la industria alimentaria. No se encuentran diferencias significativas entre las mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario; tampoco se encuentran diferencias significativas en función del peso (normativo vs. no normativo).

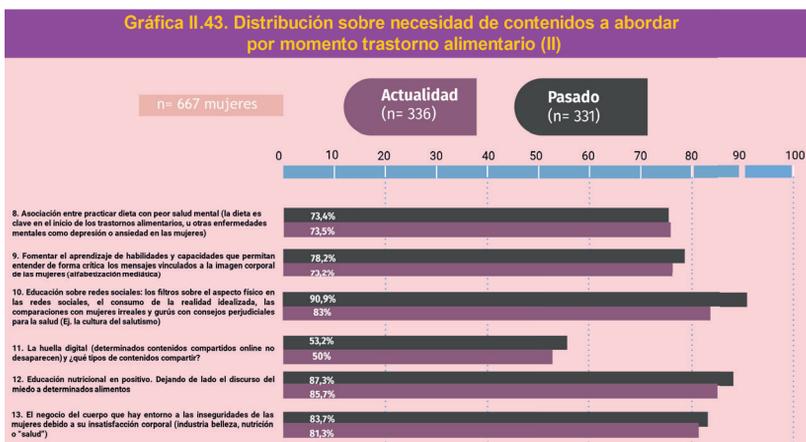
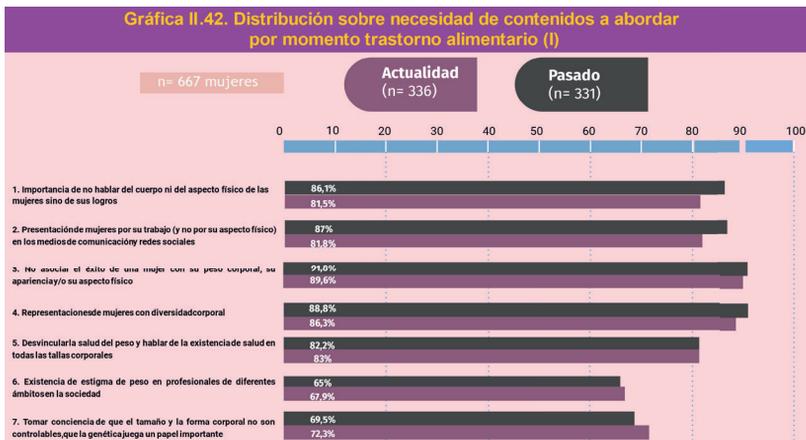


En la Gráfica II.41. se observa que el 85% de las mujeres que padecen un trastorno alimentario y el 89% de las mujeres que lo han padecido opinan que la educación de las mujeres

con perspectiva feminista es “Muy útil” o “Extremadamente útil”. No se encuentran diferencias significativas entre las mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario; tampoco se encuentran diferencias significativas en función del peso (normativo vs. no normativo).



En las Gráficas II.42 y II.43 se observan porcentajes elevados en la necesidad de llevar a cabo intervenciones con los contenidos que se proponen. Los porcentajes más bajos son los vinculados a la huella digital (alrededor del 50%). En el resto, se observa el acuerdo de las mujeres encuestadas en que abordar dichos contenidos serían positivos para que las mujeres pudieran tener una imagen corporal positiva de sí mismas en nuestra sociedad. Solo se encuentran diferencias significativas entre mujeres que padecen un trastorno alimentario y mujeres que lo padecieron en el ítem “Educación sobre redes sociales: los filtros sobre el aspecto físico en las redes sociales, el consumo de la realidad idealizada, las comparaciones con mujeres irreales y gurús con consejos perjudiciales para la salud (p. ej., la cultura del estilo de vida saludable)”. Las mujeres que padecieron un trastorno alimentario opinan con más frecuencia que este contenido se debería abordar ($X^2= 9,177$; $p= 0,002$).



Las mujeres con cuerpo no normativo, frente a las mujeres con cuerpo normativo, consideran, con mayor frecuencia, la necesidad de abordar los siguientes contenidos (Tabla II. 25):

- Ítem 1. “Importancia de no hablar del cuerpo ni del aspecto físico de las mujeres sino de sus logros” ($X^2= 4,198$; $p= 0,040$).

- Ítem 2. “Presentación de mujeres por su trabajo (y no por su aspecto físico) en los medios de comunicación y redes sociales” ($X^2= 6,448$; $p= 0,011$).

- Ítem 5. “Desvincular la salud del peso y hablar de la existencia de salud en todas las tallas corporales” ($X^2= 9,363$; $p= 0,002$).

- Ítem 6. “Existencia de estigma del peso en profesionales de diferentes ámbitos en la sociedad” ($X^2= 8,031$; $p= 0,005$).

- Ítem 8. “Asociación entre practicar dieta con peor salud mental (la dieta es clave en el inicio de los trastornos alimentarios u otras enfermedades mentales como depresión o ansiedad en las mujeres)” ($X^2= 4,413$; $p= 0,036$).

- Ítem 13. “El negocio del cuerpo que hay entorno a las inseguridades de las mujeres debido a su insatisfacción corporal (industria belleza, nutrición o “salud”)” ($X^2= 6,399$; $p= 0,011$).

Tabla II.25. X^2 y distribución sobre la necesidad de abordar determinados contenidos en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario

	Cuerpo normativo		Cuerpo no normativo		X^2
	N	%	N	%	
Item 1					4,198*
Actualidad					
No	45	21,6	16	12,7	
Sí	163	78,4	110	87,3	
Pasado					
No	39	16,3	7	7,9	
Sí	200	83,7	82	92,1	
Item 2					6,448*
Actualidad					
No	46	22,1	14	11,1	
Sí	162	77,9	112	88,9	
Pasado					
No	28	11,7	15	16,9	
Sí	211	88,3	74	83,1	
Item 5					9,363**
Actualidad					
No	45	21,6	11	8,7	
Sí	163	74,8	115	91,3	
Pasado					
No	50	20,9	8	9	
Sí	189	79,1	81	91	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; $X^2 =$ Chi cuadrado.

Tabla II.25. χ^2 y distribución sobre la necesidad de abordar determinados contenidos en función del cuerpo normativo vs. no normativo (IMC) por el momento del trastorno alimentario (continuación)

	Cuerpo normativo		Cuerpo no normativo		χ^2
	N	%	N	%	
Item 6					8,031**
Actualidad					
No	79	38	29	23	
Sí	129	62	97	77	
Pasado					
No	92	38,5	23	25,8	
Sí	147	61,5	66	74,2	
Item 8					4,413*
Actualidad					
No	63	30,3	25	19,8	
Sí	145	69,7	101	80,2	
Pasado					
No	72	30,1	16	18	
Sí	167	69,9	73	82	
Item 13					6,399*
Actualidad					
No	48	23,1	15	11,9	
Sí	160	76,9	111	88,1	
Pasado					
No	45	18,8	9	10,1	
Sí	194	81,2	80	89,9	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; $\chi^2 =$ Chi cuadrado.

Conclusiones

3

A continuación, se presentan las conclusiones que se pueden extraer a partir de los resultados de las fases cualitativas y cuantitativa del estudio.

1. Grupos de discusión Fase I y II. Grupos de discusión de profesionales/activistas vs. mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario

Con respecto a las fases cualitativas del estudio, es importante subrayar que ha resultado relevante adoptar una perspectiva de género y feminista. Tal y como plantea Aránguez (2019), desde el feminismo se considera la experiencia colectiva de las mujeres como el mejor camino para acceder a la comprensión de los sistemas de opresión. El conocimiento se obtiene a partir del análisis de las condiciones concretas de todas las mujeres, rompiendo con la concepción individualista de la epistemología liberal que ha definido el método científico. El análisis de discurso es útil porque permite encontrar en las historias individuales de las mujeres algo de las historias de otras mujeres, la historia colectiva. Si bien pueden darse diferencias entre las mujeres, también puede establecerse un significado común. A partir de la narración de lo más cercano y lo más propio, se puede acceder a comprender estructuras sociales porque existe una realidad vital compartida que se identifica en un diálogo con un grupo de mujeres.

1.1. La vulnerabilidad individual y el contexto sociocultural

La violencia simbólica de los medios de comunicación, redes sociales e industria audiovisual es un factor importantísimo a la hora de influir en el comportamiento de las personas y funcionan como una forma de dominación y control sobre las mujeres. Tanto los/as profesionales y activistas como las mujeres que han padecido o padecen un trastorno alimentario han coincidido en sus reflexiones. En primer lugar, cómo, desde diversos agentes de socialización de referencia, se distorsiona la diversidad de la forma y peso corporal humano, asociando delgadez con belleza y éxito. En segundo lugar, que la exposición repetida a esas imágenes lleva a que, principalmente en las mujeres, se sobreestime la existencia de esas formas y tamaños corporales en las mujeres reales, así como la capacidad de control del cuerpo humano. En tercer lugar, la interiorización de estos mensajes puede ser el germen de una baja autoestima general y de insatisfacción con la imagen corporal. Finalmente, una vez que está presente la baja au-

toestima y la imagen corporal negativa, se generan una serie de comportamientos consumistas relacionados con productos que prometen soluciones mágicas asociadas a aquellos aspectos que más preocupan en función del ideal corporal. Estas preocupaciones se traducen, por tanto, en comportamientos vinculados a alcanzar el ideal corporal.

- Estereotipos, valores o prejuicios reproducen la desigualdad, la dominación y la discriminación, naturalizando el papel subordinado de la mujer en la sociedad patriarcal.
- Se menosprecian las opiniones o el punto de vista de las mujeres, se cosifican, deshumanizan e hipersexualizan sus cuerpos y se presiona para la obtención de un determinado aspecto físico acorde con el ideal corporal vigente actualmente para las mujeres, en el que la delgadez encarna el principal objetivo que se ha de conseguir.
- Agentes de socialización de referencia: medios de comunicación, redes sociales e industria audiovisual influyen en el comportamiento de las personas y funcionan como una forma de dominación y control sobre las mujeres. Los estereotipos y roles de género difundidos se relacionan con el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios.
- Agentes de socialización de pertenencia: repiten estereotipos vigentes socialmente, sutiles y naturalizados. Juzgan los cuerpos de las mujeres que padecen o han padecido trastornos alimentarios.

Las mujeres de la muestra que han padecido un trastorno alimentario han aludido a dos maneras que han encontrado de superar de una forma consciente su enfermedad, junto con el tratamiento de salud mental recibido: profundizar más en el trastorno alimentario a través de su profesión (nutricionistas, psicólogas o artistas) y el activismo antigordofobia. En sus discursos, se observa que llevan a cabo menos comparaciones sociales y que tienen un pensamiento crítico elaborado sobre las presiones socioculturales que reciben las mujeres. También enumeran varias medidas y ámbitos sobre los que trabajar para que se produzcan cambios sociales. Sin embargo, las mujeres que todavía padecen un trastorno alimentario,

en los ejemplos que verbalizan, establecen comparaciones sociales y, cuando se indaga en sus propuestas sobre los contenidos y entornos sobre los que llevar a cabo cambios sociales, no tienen un discurso articulado, aunque creen que es totalmente necesario que se produzcan transformaciones sociales.

1.2. Estigma del peso

Los efectos perjudiciales del estigma sobre el peso en mujeres con cuerpos no normativos (cuerpos que se alejan del ideal de delgadez) contribuyen a resultados negativos en la salud física y mental, incluso llegando a situaciones de violencia institucional en la atención médica y evitación de las consultas sanitarias por parte de las pacientes. Mantener un enfoque centrado en el peso en el tratamiento puede intensificar el estigma sobre el peso en las mujeres con trastornos alimentarios, lo que lleva a una mayor interiorización, vergüenza y peores resultados de salud. Estos datos apuntan a que el estigma del peso es una causa fundamental de las desigualdades en el ámbito de la salud.

- Agentes de socialización de pertenencia: presiones del entorno cercano, sobre todo en aquellas mujeres con cuerpos no normativos (respecto al ideal de delgadez) con asociaciones entre salud y peso prescribiendo dietas y sugeridos estilos de vida saludables. Estas vivencias cotidianas en las que se pone el foco en el peso de alguien para que “cuide su salud”. En el grupo de discusión de mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario describen sus experiencias de primera mano (familias, profesionales médicos y compañeros/as escolares):

- La persona siente vergüenza y autodesprecio, y esto impacta de forma negativa en la autoestima.

- Se incrementa la creencia de que tiene que hacer dietas o dejar de comer. Esto puede desencadenar un trastorno alimentario.

- Se activan heridas que tienen que ver con su imagen corporal, muy unidas al desarrollo de trastornos alimentarios.

- En definitiva, su salud mental se ve afectada porque viven distintas situaciones en las que se sienten seña-

ladas, estigmatizadas, infravaloradas, humilladas y discriminadas.

- Las mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario con cuerpos no normativos, que no se ajustan al ideal de delgadez vigente, informan de que:

- No encuentran referentes de mujeres con diversas formas corporales ni en los medios de comunicación, ni en las redes sociales, ni en la industria audiovisual.

- Evitan ir al médico por miedo a ser humilladas y amonestadas por su peso.

- No acuden a actividades deportivas o de ocio, como los gimnasios, porque resultan espacios hostiles por su peso.

- No encuentran tallas de la ropa que les gusta.

- Se someten a interminables ciclos de dietas o ejercicio físico excesivo con ciclos de bajada y subida de peso y que dañan su salud física y mental, además de sentirse frustradas porque, a pesar de estas conductas dañinas, no están dentro de ese ideal de cuerpo delgado porque va en contra de su biología.

- Su propósito vital es adelgazar.

Cabe reflexionar cómo las mujeres con cuerpos no normativos recuperadas del trastorno alimentario, lejos del ideal de delgadez, en el proceso de recuperación de los trastornos alimentarios tienen que pasar un duelo por el cuerpo ideal durante su proceso de recuperación. Pasar de pensar “Prefiero estar enferma antes que gorda” a “Prefiero ser libre y no prisionera de mi cuerpo”. Para admitir que hay que dejar ir, hay que aceptar la renuncia a algo que ha sido muy central en sus vidas y que es fuente de privilegios sociales. Despedirse del cuerpo idealizado por el que se ha sufrido y se ha pasado tanta hambre. Hay que hacer un duelo sobre todo lo que significa ese cuerpo ideal delgado y dejarlo ir. Sus supuestos defectos, nunca lo fueron; son características de un cuerpo natural, normal, real. En su proceso de recuperación, han tenido que liberarse de las creencias que dañan y limitan sus

vidas. Solo de esta manera, pueden vivir en un cuerpo real y sano. Tienen que asumir que el peso biológico, en sus casos, es más grande que el del ideal corporal vigente. Esto supone interiorizar que habrá que convivir con situaciones de opresión y discriminación social si la sociedad no cambia, y que el cuerpo cambiará a lo largo de la vida a su ritmo y no al que le exijamos. Pasan de buscar el cuerpo perfecto y enfermo a buscar la autenticidad y libertad de sus cuerpos.

1.3. Necesidad de transformaciones sociales

Existe un acuerdo en todos los grupos participantes en las fases I y II del estudio sobre la necesidad de llevar a cabo transformaciones sociales:

- Que la violencia normalizada contra los cuerpos debe parar. Todos los cuerpos, independientemente de su género, apariencia o tamaño, edad y etnia, deben tener los mismos derechos y oportunidades. La inclusión es un tema de justicia social.
- Distintas propuestas de transformaciones sociales.
- Que las transformaciones sociales no pueden ser en un único ámbito, ni en un único nivel. Necesitamos las miradas de todo el mundo, interseccionalidad y trabajo colaborativo.
- En definitiva, en la temática abordada en las fases I y II del estudio, el intercambio de experiencias ha puesto de manifiesto que el sexismo y el estigma del peso están presentes en la vida de las mujeres que padecen o han padecido trastornos alimentarios, y que es preciso un esfuerzo para poder verlo, dado que funciona a través de sutiles violencias simbólicas naturalizadas socialmente e interiorizadas individualmente por las mujeres que padecen trastornos alimentarios. Esta metodología también ha resultado útil para vislumbrar los discursos de la periferia, adoptando un punto de vista interseccional.
- Las situaciones de discriminación vinculadas a la violencia simbólica, así como los contenidos que se han de abordar y los agentes sobre los que hay que incidir en las transformaciones sociales se tuvieron en cuenta para la elaboración de los bloques temáticos de la encuesta online.

2. Fase III. Encuesta online de mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario

En esta fase del proyecto se analizan las diferencias entre mujeres en función de dos variables:

- Momento del trastorno alimentario: mujeres que padecen y han padecido un trastorno alimentario
- Presencia de cuerpos normativos vs. no normativos vinculado al peso (con la variable IMC).

2.1. Diagnóstico de las mujeres jóvenes encuestadas que padecen trastorno alimentario

Resulta preocupante que un importante porcentaje de las mujeres encuestadas que padecen un trastorno alimentario manifiestan que no han sido diagnosticadas (38,9%) y que el 70,5% no está recibiendo ningún tipo de tratamiento. Estos datos ponen de manifiesto que resulta muy difícil tener acceso a información exacta sobre el número de personas que están luchando contra un trastorno alimentario y estimar el verdadero alcance de estas enfermedades. Tal y como se muestra en los datos de la encuesta online, muchas mujeres que padecen un trastorno alimentario no tienen un diagnóstico y no buscan tratamiento. Los motivos pueden ser diversos: dificultad de accesibilidad al sistema público, no poder costear un tratamiento privado, etc.

De las mujeres encuestadas que han cumplimentado la pregunta sobre su diagnóstico, se observa que la anorexia nerviosa y el trastorno por atracón representan el 23,5% y el 20,5%, respectivamente; el diagnóstico de bulimia nerviosa, el 10,2% y el diagnóstico de trastorno alimentario especificado, el 6,9%. Cabe apuntar que en España no existen estadísticas ni censos de pacientes diagnosticadas con trastornos alimentarios en atención primaria o en consultas privadas de psicólogos/os, psiquiatras, nutricionistas, endocrinólogos/as o médicos generales. Los datos de los que disponemos en la actualidad se corresponden con ingresos o casos atendidos en unidades específicas de trastornos alimentarios en centros públicos, por lo que no se cuenta con información suficiente para conocer el verdadero alcance del problema. Como línea de actuación futura, sería necesario poder establecer una red de profesionales que trabajen sobre esta temática e investigar el alcance real de los trastornos alimentarios.

Tampoco se puede olvidar que la realidad es todavía más compleja, dado que continúan surgiendo nuevos tipos de malestares vinculados a la imagen corporal. Tal y como apunta Calado (2011), la adopción de una perspectiva médica salud-enfermedad sin perspectiva de género resulta reduccionista, ya que no incluye una perspectiva sociocultural, siendo más adecuada la visión del malestar que se genera en las mujeres con respecto a su imagen corporal debido al daño social que recibe de los diversos agentes de socialización de referencia y de pertenencia. Dicha visión permite analizar el malestar vinculado a la insatisfacción corporal, peso y autoestima de mujeres y hombres, y los nuevos malestares que surjan. Por ejemplo, recientemente, se ha descrito la *cosmetorexia* en mujeres adolescentes, fruto de la confluencia de las plataformas digitales y la industria cosmética. Las influencers, incluso menores de edad, relatan su rutina de belleza con todo tipo de productos que fomentan el consumo de sus seguidoras.

2.2. La vulnerabilidad individual y el contexto sociocultural

I. Nivel intrapersonal: exposición medios de comunicación	
Frecuencia exposición a medios de comunicación	
La frecuencia de exposición a medios de comunicación de las mujeres de la muestra es muy baja (“Nunca”) Exposición a blogs de internet: “Menos de una hora al día”	
Momento trastorno alimentario Sin diferencias	Cuerpo normativo vs. no normativo Sin diferencias
Frecuencia exposición en redes sociales	
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Instagram, WhatsApp</i> y <i>Spotify</i> muestran valores medios “Entre 1-2 horas” al día - <i>TikTok, YouTube</i> y <i>X</i> presentan valores medios de exposición de “Menos de una hora” al día - <i>Telegram, Twitch, Facebook, LinkedIn, Snapchat, Tinder, OnlyFans</i> y <i>Weloversize</i>: “Nunca” 	
Momento trastorno alimentario Las mujeres que padecen trastorno alimentario puntuaciones significativamente más altas en exposición a <i>Instagram</i> y <i>WhatsApp</i> , si bien ambos grupos están dentro de la misma opción de respuesta: “Entre 1- 2 horas”	Cuerpo normativo vs. no normativo Sin diferencias

Frecuencia exposición redes sociales contenidos relacionados con la imagen corporal y alimentación	
Exposición a contenidos salud, vídeos musicales, moda, ejercicio físico, dietas y belleza: “Menos de una hora al día”	
<p>Momento trastorno alimentario</p> <p>Las mujeres que padecen trastorno alimentario en la actualidad presentan puntuaciones, significativamente, más altas en exposición a contenidos en redes sociales sobre dietas, ejercicio físico, moda, salud y contenidos antigordofobia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antigordofobia exposición muy baja - Dietas y ejercicio físico. Las mujeres que han padecido un trastorno alimentario apenas se exponen a estos contenidos y las mujeres que lo padecen se exponen “Menos de una hora al día” - Moda y salud. Se exponen ambos grupos “Menos de una hora al día” 	<p>Cuerpo normativo vs. no normativo</p> <p>Diferencias significativas pero baja exposición: “Nunca”</p>
Exposición polémicas y discusiones redes sociales sobre imagen corporal, alimentación u origen étnico/racial	
<ul style="list-style-type: none"> - “A veces” presencian polémicas o discusiones relacionadas con la imagen corporal (forma de vestir, aspecto físico del cuerpo de las mujeres, peso de las mujeres, modo de alimentarse y ejercicio físico) - “Pocas veces” presencian polémicas o discusiones sobre el origen étnico o racial de las mujeres 	
<p>Momento trastorno alimentario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se encuentran diferencias, pero no varía la contestación de la opción de respuesta 	<p style="text-align: center;">Cuerpo normativo vs. no normativo</p> <p>Se encuentran diferencias significativas en las mujeres que padecen trastorno alimentario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres que presentan cuerpos no normativos ven “A menudo” polémicas o discusiones sobre aspecto físico del cuerpo de las mujeres, peso de las mujeres, modo de alimentarse, mientras que las mujeres con cuerpos normativos presencian “A veces” este tipo de polémicas

II. Nivel intrapersonal: vulnerabilidad psicológica

ESCALAS

Momento trastorno alimentario	Cuerpo normativo vs. no normativo
<p>Las mujeres que padecen un trastorno alimentario presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor conciencia de las redes sociales. - Menor pensamiento crítico con respecto a los medios de comunicación. - Mayor interiorización de los prejuicios sobre el peso. - Mayores comparaciones sociales entre iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres con cuerpos no normativos (ambos grupos) presentan mayores puntuaciones en la escala de interiorización sobre el peso que las mujeres con cuerpos normativos. - Las mujeres que han padecido trastorno alimentario con cuerpos no normativos, frente a las mujeres con cuerpos normativos, presentan mayores puntuaciones en la escala de comparación social.
Ítem: Interiorización inseguridad sobre peso	
<p>Momento trastorno alimentario</p> <p>Las mujeres que padecen trastorno alimentario manifiestan significativamente mayor preocupación en “mi peso me hace tener inseguridad ante distintas situaciones”.</p>	<p>Cuerpo normativo vs. no normativo</p> <p>Las mujeres con cuerpo no normativo manifiestan significativamente mayor preocupación en “mi peso me hace tener inseguridad ante distintas situaciones” (ambos grupos).</p>
Ítems: comparaciones sociales ascendentes	
<p>Momento trastorno alimentario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres que padecen trastornos alimentarios presentan significativamente medias más elevadas en todos los ítems que evalúan las comparaciones ascendentes. 	<p>Cuerpo normativo vs. no normativo</p> <p>Sin diferencias</p>

**III. Nivel estructural: violencias vinculadas
a estereotipos de género y prejuicios
por agentes socialización pertenencia**

Situaciones infravaloración

La mayor exposición a situaciones de infravaloración basada en estereotipos de género y prejuicios viene de mano de las familias, seguido del personal médico y de los/as compañeros/as de trabajo o estudios. Cabe destacar:

- La mayoría de las mujeres han manifestado vivir situaciones de **infravaloración con familiares** en cuanto sus **decisiones sobre alimentación (96,3 %)**, el **aspecto físico (90,7 %)**, el **peso (88,3 %)**, el **ejercicio físico (86,8 %)** y a la **forma de vestir (83,4 %)**. Las situaciones de infravaloración más frecuentes (opción de respuesta "A veces") son las decisiones sobre la alimentación, sobre el peso, sobre el aspecto físico de las mujeres y sobre el ejercicio físico que realizan.
- Las mujeres han manifestado una mayor presencia de situaciones de **infravaloración del personal médico**, próximas al 60%, sobre sus **decisiones sobre alimentación (63,6 %)**, el **peso (64,3 %)**, su **aspecto físico (57,6 %)** y el **ejercicio físico (56,5 %)**. La media de respuestas con respecto a situaciones de infravaloración del personal médico está en "Pocas veces"
- Las mujeres han manifestado una presencia de situaciones de **infravaloración con compañeros/as de trabajo o estudios sobre su aspecto físico (60,1 %)** y **decisiones sobre alimentación (59,4 %)**. La media de respuestas con respecto a situaciones de infravaloración de compañeros/as de trabajo o estudios está en "Pocas veces"

Momento trastorno alimentario	Cuerpo normativo vs. no normativo
<ul style="list-style-type: none"> - Se encuentran significativamente más situaciones de infravaloración de la familia en las mujeres que padecen trastorno alimentario sobre sus decisiones de alimentación y de su peso. - Se encuentran significativamente más situaciones de infravaloración por parte del personal médico en las mujeres que padecen trastorno alimentario sobre su forma de vestir, sus decisiones sobre alimentación, el ejercicio físico que realizan y sobre su peso. - Se encuentran significativamente más situaciones de infravaloración por parte los/as compañeros/as de trabajo o estudios en las mujeres que padecen trastorno alimentario sobre su forma de vestir, el aspecto físico de su cuerpo, sus decisiones sobre alimentación y sobre su peso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres con cuerpo no normativo tienen más experiencias de infravaloración por parte de las familias en ambos grupos. Las diferencias son significativas en el grupo de mujeres que padecen trastorno alimentario en su forma de vestir, el aspecto físico del cuerpo, sus decisiones sobre alimentación, el ejercicio físico que realizan y su peso. En el grupo de mujeres que han padecido un trastorno alimentario, son significativas en su forma de vestir, el aspecto físico del cuerpo, el ejercicio físico que realizan y su peso. - Las mujeres con cuerpo no normativo tienen mayores experiencias de infravaloración por parte los compañeros/as de trabajo o estudios en ambos grupos. Las diferencias son significativas, en el ejercicio físico que realizan y su peso. - Las mujeres con cuerpo no normativo tienen mayores experiencias de infravaloración por parte del personal médico en ambos grupos. Las diferencias son significativas en el aspecto físico de su cuerpo, sus decisiones sobre alimentación, el ejercicio físico que realizan y su peso.

IV. Nivel estructural: violencias vinculadas a estereotipos de género y prejuicios por agentes socialización referencia	
Opinión sobre la influencia de las redes sociales	
<p>Las mujeres encuestadas responden “A menudo” o “Siempre”:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Considero que las publicaciones en redes sociales presentan poca variedad de mujeres”. 2. “Pienso que la ausencia de imágenes positivas sobre determinados grupos de mujeres puede incidir negativamente en la percepción que las mujeres de esos grupos tengan sobre sí mismas”. 3. “Advierto que las imágenes retocadas de mujeres que aparecen en las redes sociales pueden influir en la percepción que otras mujeres tengan sobre su propio cuerpo, aspecto físico o peso”. 4. “Creo que la imagen de las mujeres en las redes sociales hace que otras mujeres alteren su comportamiento para tratar de ajustarse a esos cánones, incluso llegando a desarrollar un trastorno alimentario”. 	
Momento trastorno alimentario Sin diferencias	Cuerpo normativo vs. no normativo Las mujeres que padecen un trastorno alimentario con cuerpos no normativos, frente a las mujeres con cuerpos normativos presentan mayores puntuaciones en los ítems 1, 2 y 4.
Opinión sobre la influencia de los medios de comunicación	
<p>Las mujeres encuestadas responden “A menudo” o “Siempre”:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Soy consciente de que esas imágenes no reflejan la realidad de la sociedad y la diversidad de cómo somos las mujeres”. 2. “Creo que esas imágenes o mensajes pueden influir en las mujeres que las reciben, haciendo que se cuestionen su aspecto físico y su peso, comparándolo con el de las mujeres que aparecen en esos medios”. 3. “Considero que las imágenes que aparecen en los medios pueden impactar en las mujeres que las ven haciéndoles vulnerables al desarrollo de un trastorno alimentario”. 	
Momento trastorno alimentario Mayor conciencia en todos los ítems de las mujeres que han padecido un trastorno alimentario frente a las mujeres que padecen un trastorno alimentario.	Cuerpo normativo vs. no normativo Mayor conciencia en todos los ítems de las mujeres con cuerpos no normativos, tan solo en las mujeres que padecen un trastorno alimentario.

Conciencia situaciones discriminación de la mujer: peso	
<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres perciben “A menudo” discriminaciones en los siguientes entornos: publicidad, redes sociales, medios de comunicación y ámbito audiovisual. - Las mujeres perciben que “A veces” sufren discriminaciones en los siguientes entornos: laborales, médicos y educativos. 	
Momento trastorno alimentario Sin diferencias	Cuerpo normativo vs. no normativo Las mujeres con cuerpo no normativo tienen, en la mayoría de los ítems, percepciones de mayor discriminación en ambos grupos. Las diferencias son significativas en: <ul style="list-style-type: none"> - El grupo de mujeres que padecen trastornos alimentarios en los siguientes entornos: laboral, médico, medios de comunicación, publicidad y ámbito audiovisual. - El grupo de mujeres que han padecido un trastorno alimentario en el entorno médico y en el ámbito audiovisual.
Conciencia situaciones discriminación de la mujer: raza	
<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres de todos los grupos analizados (por momento de trastorno alimentario y cuerpo normativo vs. no normativo) perciben “A veces” situaciones de discriminación 	
Momento trastorno alimentario Sin diferencias	Cuerpo normativo vs. no normativo Sin diferencias
Opinión sobre la presencia de diversidad corporal en nuestra sociedad	
<ul style="list-style-type: none"> - Todas las participantes consideran que “Se hace algún esfuerzo, pero no es suficiente” en todos los entornos encuestados: educativo, médico, laboral, medios de comunicación, redes sociales, publicidad, moda, Administraciones Públicas e industria audiovisual. 	
Momento trastorno alimentario Sin diferencias	Cuerpo normativo vs. no normativo Las mujeres con cuerpo no normativo consideran, en casi todos los ítems, que son necesarias más iniciativas de diversidad corporal de las mujeres en nuestra sociedad. Con diferencias significativas en: <ul style="list-style-type: none"> - El grupo de mujeres que padecen trastorno alimentario en entorno educativo, entorno médico y medios de comunicación. - El grupo que padeció trastornos alimentarios en el entorno educativo, el entorno médico, el entorno laboral y las Administraciones Públicas.

2.3. Necesidad de transformaciones sociales

V. Transformaciones sociales	
Intervenciones que favorezcan mejor relación de las mujeres con sus cuerpos y autoestima	
El 90 % de las mujeres encuestadas encuentra necesidad de:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Concienciación de la población general sobre lo perjudiciales que resultan los estereotipos y roles de género tradicionales para que también llegue esta visión a familias y entorno de las mujeres. 2. Trabajo de pensamiento crítico en la infancia y adolescencia sobre los contenidos que aparecen en los medios de comunicación o las redes sociales. 3. Información actualizada a colectivos de profesionales (medicina o educación) para que no se produzcan situaciones de desvalorización y de discriminación sobre el cuerpo de las mujeres. 	
Momento trastorno alimentario Sin diferencias	Cuerpo normativo vs. no normativo Sin diferencias
Colectivos profesionales sobre los que habría que llevar a cabo dichas intervenciones	
<ul style="list-style-type: none"> - De un 80 % a un 90 % de las mujeres encuestadas consideran necesario llevar a cabo intervenciones en colectivos de profesionales de salud, educación, medios de comunicación, redes sociales, publicidad, moda e industria audiovisual. - Aproximadamente el 65 % de las mujeres opinan que se debería intervenir en las Administraciones Públicas. 	
Momento trastorno alimentario Sin diferencias	Cuerpo normativo vs. no normativo <ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres con cuerpo no normativo consideran más necesarias las intervenciones en el ámbito de la salud frente a las mujeres con cuerpo normativo. - Las mujeres con cuerpo normativo consideran más necesarias las intervenciones en el ámbito de las redes sociales frente a las mujeres con cuerpo no normativo.
Necesidad de llevar a cabo regulación a través de leyes y normativas	
- El 74,5 % de las mujeres opinan que es muy necesario o extremadamente necesario.	
Momento trastorno alimentario Sin diferencias	Cuerpo normativo vs. no normativo Sin diferencias
Industrias sobre las que habría que regular	
<ul style="list-style-type: none"> - De un 80 % a un 90 % de las mujeres encuestadas consideran que sería necesario regular en publicidad, moda, industria de la belleza e industria alimentaria. - Del 70% al 78 % de las mujeres opinan que se debería regular la industria audiovisual y la farmacéutica. 	
Momento trastorno alimentario Sin diferencias	Cuerpo normativo vs. no normativo Sin diferencias
Utilidad educar mujeres con perspectiva feminista para ser conscientes de las situaciones de discriminación sobre sus cuerpos lo que repercute en su insatisfacción corporal y autoestima	
El 87,1 % de las mujeres opinan que es “Muy útil” o “Extremadamente útil”	

Momento trastorno alimentario Sin diferencias	Cuerpo normativo vs. no normativo Sin diferencias
Mujeres que opinan que es necesario abordar los siguientes contenidos	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Importancia de no hablar del cuerpo ni del aspecto físico de las mujeres sino de sus logros: 83,8 %. 2. Presentación de mujeres por su trabajo (y no por su aspecto físico) en los medios de comunicación y redes sociales: 84,4 %. 3. No asociar el éxito de una mujer con su peso corporal, su apariencia y/o su aspecto físico: 90,7 %. 4. Representaciones de mujeres con diversidad corporal: 87,6 %. 5. Desvincular la salud del peso y hablar de la existencia de salud en todas las tallas corporales: 82,6 %. 6. Existencia de estigma del peso en profesionales de diferentes ámbitos en la sociedad: 66,4 %. 7. Tomar conciencia de que el tamaño y la forma corporal no son controlables, que la genética juega un papel importante: 70,9 %. 8. Asociación entre practicar dieta con peor salud mental (la dieta es clave en el inicio de los trastornos alimentarios u otras enfermedades mentales como depresión o ansiedad en las mujeres): 73,5 %. 9. Fomentar el aprendizaje de habilidades y capacidades que permitan entender de forma crítica los mensajes vinculados a la imagen corporal de las mujeres (alfabetización mediática): 75,7 %. 10. Educación sobre redes sociales: los filtros sobre el aspecto físico en las redes sociales, el consumo de la realidad idealizada, las comparaciones con mujeres irreales y gurús con consejos perjudiciales para la salud (p. ej., la cultura del salutismo, estilos de vida saludables, que prima los supuestos logros en el ámbito de la salud por encima de cualquier otro tipo de recompensas y establece asociaciones entre salud y peso): 87 %. 11. La huella digital (determinados contenidos compartidos online no desaparecen) y ¿qué tipos de contenidos compartir?: 51,6 %. 12. Educación nutricional en positivo, dejando de lado el discurso del miedo a determinados alimentos: 86,5 %. 13. El negocio del cuerpo que hay en torno a las inseguridades de las mujeres debido a su insatisfacción corporal (industria belleza, nutrición o salud): 82,5 %. 	
<p style="text-align: center;">Momento trastorno alimentario</p> <p>Diferencias significativas entre mujeres que padecen un trastorno alimentario y mujeres que lo padecieron en el ítem 10, opinando las mujeres que lo padecieron con más frecuencia que este contenido se debería abordar.</p>	<p style="text-align: center;">Cuerpo normativo vs. no normativo</p> <p>Las mujeres con cuerpo no normativo, frente a las mujeres con cuerpo normativo, consideran con mayor frecuencia la necesidad de abordar los contenidos de los ítems 1, 2, 5, 6, 8 y 13.</p>

Se podrían extraer las siguientes conclusiones de los resultados obtenidos en la encuesta online de mujeres que padecen o han padecido un trastorno alimentario:

- La exposición a los medios de comunicación convencionales es muy baja.
- Las redes sociales a las que más se exponen las mujeres encuestadas son: Instagram, WhatsApp y Spotify (“Entre

1-2 horas día”), encontrando que las mujeres que padecen en la actualidad un trastorno alimentario se exponen con más frecuencia a Instagram y WhatsApp.

- Los contenidos a los que con más frecuencia se exponen son: salud, vídeos musicales, moda, ejercicio físico, dietas y belleza, exponiéndose las mujeres que padecen en la actualidad un trastorno alimentario con más frecuencia a contenidos de dietas, ejercicio físico, moda y salud.

- Las polémicas que con más frecuencia presencian en redes sociales relacionadas con la imagen corporal son: forma de vestir, aspecto físico del cuerpo de las mujeres, peso de las mujeres, modo de alimentarse y ejercicio físico. Las mujeres que padecen en la actualidad trastorno alimentario con cuerpos no normativos presencian con mayor frecuencia polémicas con respecto al aspecto físico del cuerpo de las mujeres, peso de las mujeres y modo de alimentarse.

- Las mujeres que padecen un trastorno alimentario en la actualidad presentan mayor: conciencia de las redes sociales, interiorización de los prejuicios sobre el peso, comparaciones sociales con el grupo de iguales y comparaciones ascendentes, así como menor pensamiento crítico con respecto a los medios de comunicación. También manifiestan que su cuerpo las hace sentirse más inseguras.

- Se encuentra la familia como principal fuente de situaciones de infravaloración (sobre alimentación e imagen corporal). Otras dos fuentes importantes de generación de situaciones de infravaloración vinculadas a la imagen corporal y la alimentación son los/as profesionales de la medicina, así como los/as compañeros/as de trabajo y estudio. Por otro lado, es preciso apuntar que las situaciones de infravaloración que pueden afectar a las mujeres que padecen trastornos alimentarios son de dos tipos: de una manera mantenida en el tiempo (normalmente asociadas con situaciones de acoso o de violencia institucional o familiar) o puntual. Cuando una mujer tiene una vulnerabilidad individual debido a su baja autoestima e insatisfacción corporal no es preciso que una situación de infravaloración se repita para que pueda funcionar como un factor precipitante del trastorno alimentario. Por tanto, las medidas de concienciación social y formación sobre la

violencia que se produce en función de los cuerpos de las mujeres en nuestra sociedad (fundamentalmente a colectivos de profesionales médicos y educativos), así como la psicoeducación de las familias con mujeres con trastornos alimentarios resultan claves.

- Las mujeres encuestadas consideran que las redes sociales y los medios de comunicación presentan mensajes dañinos con respecto al cuerpo de las mujeres y que se relacionan con su insatisfacción corporal y con los trastornos alimentarios.
- Las mujeres encuestadas perciben con mucha frecuencia situaciones de discriminación en entornos de la publicidad, redes sociales, medios de comunicación y ámbito audiovisual y, a veces, en entornos médicos, laborales y educativos. Las mujeres con cuerpos no normativos son más conscientes de las situaciones de discriminación.
- Consideran que se hace algún esfuerzo, pero no suficiente, en las medidas que se están llevando a cabo sobre mayor presencia de diversidad corporal en nuestra sociedad. De nuevo, las mujeres con cuerpos no normativos están más sensibilizadas en estas preguntas.
- La mayoría de las mujeres encuestadas consideran que se tienen que llevar a cabo intervenciones que favorezcan la relación de las mujeres con sus cuerpos y autoestima; habría que llevar a cabo intervenciones con profesionales de diversos ámbitos (salud, educación, medios de comunicación, redes sociales, publicidad e industria audiovisual); es necesario llevar a cabo regulación a través de leyes y normativas en diversas industrias; la perspectiva feminista es necesaria para hacer consciente de las discriminaciones sobre sus cuerpos que repercuten en su insatisfacción corporal y autoestima; finalmente, también hay un consenso en la necesidad de abordar los contenidos propuestos en la encuesta.
- En definitiva, las mujeres que padecen o han padecido trastornos alimentarios son conscientes de la necesidad de llevar a cabo cambios sociales estructurales en nuestra sociedad y del papel que juegan los roles y estereotipos de género en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios.

*Recomendaciones
para abordar
políticas públicas y/o
actuaciones futuras*

.....

4

.....

De los resultados del presente estudio, se extraen las siguientes recomendaciones para abordar políticas públicas que pueden ser incorporadas en la intervención y/o investigación cuyo objetivo sea llevar a cabo transformaciones sociales que permitan vivir en una sociedad más saludable a las mujeres. Para ello, se han tenido en cuenta tres grandes consideraciones generales:

- Las acciones de sensibilización y concienciación deben adoptar un enfoque de género, feminista, interseccional, de derechos humanos, justicia social y de sostenibilidad. Fomentar valores de respeto a la diversidad e igualdad de forma que se naturalice socialmente y se interiorice como un valor esencial para la convivencia, siempre teniendo en cuenta que una explicación que no se pueda compartir en una conversación cotidiana o que no es capaz de conectar con las realidades vividas no se puede utilizar para concienciar. Puede resultar liberador el trabajo en la conciencia crítica para evitar que se perpetúen las condiciones que apuntalan la violencia simbólica que, de las mujeres en la actualidad, que sufren de baja autoestima, desesperanza y rabia al tiempo que destruyen el bienestar físico y psicológico de las mujeres.
- Cambiar los roles y estereotipos de género presentes en la cultura patriarcal que sostienen la inferioridad y cosificación de las mujeres y de lo femenino para que las mujeres y niñas puedan vivir vidas libres de violencia simbólica y otras formas de violencia machista. Es preciso desmontar los valores patriarcales que construyen las subjetividades de mujeres y hombres, así como transformar los comportamientos y patrones socioculturales que sostienen y naturalizan la violencia simbólica que viven las mujeres. Para ello, han de tenerse en cuenta las violencias fruto de las discriminaciones relacionadas con la imagen corporal cuando se trata a una mujer de forma más desfavorable que a otra debido a que no presenta un cuerpo normativo (p. ej., por su peso, raza o juventud).
- Las acciones deben ir dirigidas al conjunto de la sociedad, prestando especial atención a las mujeres y hombres jóvenes, familias de adolescentes o de mujeres que padecen trastornos alimentarios, la comunidad médica y

educativa, así como los medios de comunicación, las redes sociales y la industria audiovisual, las industrias de la moda, los juguetes, de la alimentación o farmacéutica.

1. Necesidad de adopción de una perspectiva feminista, interdisciplinar e interseccional

“No se nace mujer, se llega a serlo”.

Simone de Beauvoir (1949). El segundo sexo.

Jovanovski y Jaeger (2022) ponen de manifiesto que es difícil que se produzcan cambios sociales porque, frente a una cultura de la dieta unificada, nos encontramos con un movimiento antidieta fragmentado que trabaja desde distintos puntos de vista. Así, el movimiento de liberación corporal está representado por profesionales de la salud, activistas feministas y activistas antigordofobia. Para trabajar en una sociedad más sana, es importante unificar el amplio ‘movimiento anti-dieta’ desde los conocimientos generados por la investigación y el lenguaje utilizado por profesionales de la salud hasta la capacidad movilizadora del activismo antigordofobia.

También es preciso hacer un trabajo de sensibilización, dado que se encuentran perspectivas en el feminismo que aceptan los mensajes dominantes. Jovanovski (2017) recoge, tras un análisis sobre las narrativas de vigilancia del cuerpo en los libros de dietas más vendidos en la actualidad, cómo se utiliza la retórica feminista para enmascarar mensajes dañinos sobre el cuerpo de las mujeres. En dichos textos se insta a las mujeres a cumplir con prácticas dietéticas opresivas bajo un discurso de empoderamiento feminista a través de mensajes dañinos de elección y empoderamiento que perpetúan la insatisfacción corporal de las mujeres. Esta perspectiva feminista confunde el empoderamiento con la lealtad y subordinación al orden dominante.

El trabajo interdisciplinar, intersectorial y colaborativo es necesario para:

- Prevención de prácticas alimentarias nocivas en las mujeres y desafiar las fuerzas socioculturales que las promueven y sostienen.

- Adopción de un punto de vista interseccional, teniendo en cuenta las mayores situaciones de discriminación presentes en aquellas mujeres con cuerpos no normativos (p. ej., estigma del peso).
- Unificación del lenguaje e investigación de las prácticas alimentarias nocivas para desafiar las fuerzas socioculturales que las promueven y sostienen las diferencias de género.

Para ello, tenemos que conocer los trabajos de activistas, artistas, antropólogas, sociólogas y profesionales de la salud feministas que:

- Critican el papel de las mujeres en la sociedad actual.
- Ponen en cuestión la actual sociedad capitalista y abogan por cambios de hábitos más sostenibles.
- Apuntan la necesidad de tejer redes y abordar este problema desde diferentes miradas.

Si bien las feministas, las activistas gordas y las/os profesionales de la salud, normalmente, han discutido sobre la dieta desde diferentes posiciones ideológicas, hay que tener en cuenta que las transformaciones sociales que se han ido produciendo no se deben a logros aislados, sino que son el resultado de muchos años de pensamiento en común. Así, tras las voces individuales, se encuentra la experiencia de masa y la lucha colectiva. Con las lentes actuales, cuesta creer que muchos tipos de discriminación no fueran reconocidos en el pasado. Gracias a la lucha colectiva, se vuelven visibles las discriminaciones, parece normal reconocerlas y fácil olvidar los esfuerzos que las han hecho visibles.

- Pensamiento feminista. Ya en la década de 1970 en Estados Unidos y otros países occidentales, dentro del Movimiento de Liberación de la Mujer, las activistas feministas ponen en primer plano los daños de la cosificación sexual, donde se fragmenta el cuerpo femenino en partes sexualizadas. Posteriormente, las escritoras y activistas feministas, desde diferentes ámbitos de trabajo (psicología, arte, antropología o sociología), han contribuido decisivamente

a enmarcar cómo el cuerpo de las mujeres desempeña un papel en la subordinación de éstas bajo el patriarcado (Bordo, 1993; Calado, 2010a, 2011; Chollet, 2012; De Ugarte, 2022; Domínguez, 2021; La rebelión del cuerpo, 2023; Pineda, 2014; Wolf, 1990; Yatche, 2019). En nuestro país, la Federación de Mujeres Jóvenes lleva más de 10 años trabajando en su programa “No seas presa de la talla” y han llevado a cabo distintas publicaciones e investigaciones con perspectiva feminista (Federación de Mujeres Jóvenes, 2022; 2023). Internacionalmente, es muy destacable el activismo contra los roles y estereotipos de género que llevan a cabo “La rebelión del cuerpo” en Chile y “Mujeres que nunca fueron tapa” en Argentina (creadora Lala Pasquinelli).

- El movimiento antigordofobia moviliza a millones de personas a través de la exposición de las experiencias vitales de millones de mujeres en el mundo que, con sus testimonios, remueven conciencias y emociones. Dicho activismo cuestiona la cultura de la dieta y del estilo de vida saludable desde un punto de vista feminista y en primera persona (Piñeyro, 2019). El mundo online ha permitido, tal y como apunta Aránguez (2019), el intercambio en red continua, poniendo de manifiesto que “lo personal es político”. Es decir, que los problemas que se creían personales son en realidad colectivos y requieren soluciones colectivas. Los nuevos grupos difusos de concienciación de la era digital reproducen, de forma natural, los elementos clásicos del método de la toma de conciencia de “clase sexual” (las mujeres como sujeto político), que constituye el germen de la acción colectiva.

- Profesionales e investigadoras/es de la salud con peso neutro (como el movimiento HAES). Están influidas/os por las discusiones sobre el daño social que generan el ideal de delgadez y el estigma del peso. Defienden un enfoque de salud o bienestar relacionadas con la multicausalidad del peso corporal, asumen la necesidad de la reducción del estigma del peso y la necesidad del respeto a la diversidad corporal (Jovanovski y Jaeger, 2022).

- Profesionales de la salud que han padecido un trastorno alimentario y llevan a cabo un cuestionamiento de

los tratamientos de los trastornos alimentarios actuales, por ejemplo, en nuestro país, Custo (2022) y Fernández (2023). Estas autoras tienen una visión más amplia de la baja autoestima asociada a la insatisfacción corporal de las mujeres en la sociedad occidental y adoptan una perspectiva no centrada en el peso y feminista.

- **Salud mental también es justicia social e igualdad de derechos en una sociedad libre de violencias de género estructurales.**
- **Entender y valorar las posiciones diferentes es el marco necesario para proponer aquellos cambios estructurales que tengan en cuenta la resistencia que se encontrará debido a lo amenazador que puede resultar el cambio.**

2. Propuestas de intervenciones

“Las propuestas de intervención con mujeres jóvenes tienen que surgir de una articulación multidimensional con perspectiva feminista que no solo trate la prevención y el padecimiento de TCA, sino también otros ámbitos como la salud mental, las emociones y la sexualidad e intervenga en quienes generan los síntomas en la niñez y adolescencia, es decir, la familia, los hombres, las redes sociales y también el colegio, agentes sociales patriarcales que configuran el origen de la relación con el propio cuerpo de las mujeres jóvenes en España.”

Federación de Mujeres Jóvenes (2023)

Investigación sobre las violencias corporales y opresiones estéticas que sufren las mujeres jóvenes en España.

Programa #NoSeasPresaDeLaTalla

Cuatro ejes

- **Disonancia cognitiva.** Pensamiento crítico sobre los ideales corporales poco realistas para cuestionar la interiorización de la cosificación de las mujeres y de su ideal corporal de delgadez, así como de las comparaciones sociales.

- **Autocompasión.** Necesidad de centrarse en la funcionalidad del cuerpo y no en su aspecto. Respetar la diversidad corporal, así como apreciar, nutrir y cuidar el propio cuerpo. Promover una imagen corporal positiva trabajando las emociones.

- **Justicia social.** Importancia de aportar información sobre el trabajo de profesionales de diversos ámbitos que luchan por cambios estructurales en nuestra sociedad con perspectiva de género y feminista.

- **Sostenibilidad.** Reflexión sobre la necesidad de hábitos de consumo responsable.

Contenidos propuestos para las intervenciones de sensibilización y concienciación

- **Violencia simbólica mujeres.** Doble rol en función del género: hombres/sujeto vs. mujeres/objeto.

- El **sesgo de apariencia** (mujer delgada, blanca y joven) y las muchas formas en que las mujeres experimentan la presión para la obtención de la apariencia ideal.

- La **naturalización**, en la **sociedad, de los estereotipos y roles de género; la interiorización**, por parte de las mujeres, de los ideales corporales.

- Las **comparaciones sociales** que realizan las mujeres de sus cuerpos con sus grupos de iguales en situaciones cotidianas, así como las comparaciones con imágenes irreales de mujeres presentes en los medios de comunicación, las redes sociales o la industria audiovisual.

- **Interseccionalidad y violencia estética:** género femenino, delgadez, raza blanca y juventud.

- Los mensajes culturales sobre la apariencia: **falta de diversidad corporal, éxito/ ideal corporal y estigma del peso** (cultura de la dieta y supuestos estilos de vida saludables).

- El impacto de los **juicios sobre el cuerpo y alimentación de las mujeres** por parte de agentes de socialización de referencia y de pertenencia: “Body Talk”.

- **Violencia mediática** a través de la cosificación y deshumanización de las mujeres en los medios de comunicación, las redes sociales y la industria audiovisual: reguetón, OnlyFans, pornografía, Deep Fake IA, prostitución y manosfera.

- **Violencia institucional** por parte de profesionales sanitarios donde está presente el estigma del peso.

- El papel de la **sociedad de consumo** en los mensajes sobre el **control del cuerpo**. El paso de las campañas de publicidad directa a las indirectas protagonizadas por influencers en redes sociales.

- La necesidad de **cambios sociales: interdisciplinariedad y trabajo colaborativo** por parte de profesionales de diversos ámbitos; experiencias reales (trabajos cualitativos a través de grupos de discusión) vs. datos (trabajos cuantitativos); alfabetización mediática usuarios/as (necesidad de sociedades en las que se trabaje el pensamiento crítico); presentación de mujeres en otros roles (mujeres sujeto y hombres en otros roles, nuevas masculinidades); consecuencias a corto plazo de la cosificación (insatisfacción corporal, trastornos alimentarios y afectivos); consecuencias a largo plazo de la cosificación de las mujeres (feminización de la pobreza); lenguaje inclusivo; necesidad de regulación de la publicidad y los medios comunicación, las nuevas tecnologías (IA), las industrias de la moda, juguetes, farmacéutica o alimenticia; concienciación en adolescentes, familias, educadores/as, sanitarios/as; educar en hábitos de consumo responsables para tener presente la implicación de la conducta individual sobre la sostenibilidad medioambiental.

Propuestas de actuaciones

- Campañas de concienciación social y de información.

- Lanzamiento y difusión de campañas de sensibilización social contra las discriminaciones vinculadas a la imagen corporal y cosificación del cuerpo de las mujeres dirigidas a población general, femenina y masculina adolescente, así como a hábitos de consumo responsable y sostenibles con el medio ambiente.
- Formación sobre la importancia de la Huella digital de las redes sociales.

- Dotar a la infancia y juventud de conocimientos y herramientas para identificar, posicionarse y prevenir situaciones de discriminación entre hombres y mujeres.

- Recursos para las víctimas de situaciones de cosificación y discriminación relacionadas con la imagen corporal, garantizando el enfoque interseccional (por ejemplo, peso o raza).
- Elaboración de una guía dirigida a familias para abordar temática de situaciones de infravaloración sobre la imagen corporal de las mujeres.
- Elaboración de una guía psicoeducativa dirigida a familias con mujeres con trastornos alimentarios para abordar temática de situaciones de infravaloración sobre la imagen corporal de las mujeres, así como de aquellas temáticas que puedan resultar útiles para las familias en el proceso de recuperación de las mujeres con trastornos alimentarios.

- Trabajar con la comunidad educativa para hacer de ella un agente clave de la prevención y actuación frente a todas las formas de violencia simbólica, fomentando la educación en la igualdad y derechos humanos.

- Elaboración de cursos y recursos para abordar temática de situaciones de infravaloración sobre la imagen corporal de las mujeres vividas en las consultas sanitarias,

fundamentalmente por parte de las mujeres con cuerpos no normativos.

- Creación de una línea editorial sobre igualdad, coeducación y prevención de violencia de género en el sistema educativo, presentación en el currículum académico de más mujeres en distintos roles y ocupaciones, evitar sesgos sexistas en libros de texto, ejercicios u ejemplos.
- Elaboración y publicación de estudios y publicaciones para conocer la evolución de la percepción sobre la violencia contra las mujeres del alumnado del sistema educativo español.

- Trabajar con profesionales de la salud en su formación.

- Elaboración de materiales didácticos sobre temáticas vinculadas a una imagen corporal positiva y a las situaciones de inseguridad y discriminación que viven las adolescentes para fomentar la igualdad, así como prevenir, detectar y erradicar la violencia simbólica.
- Formación sobre estigma del peso en profesionales de la salud.

- Implicar a los medios de comunicación, redes sociales, industria audiovisual, moda, juguetes, publicidad, Administraciones Públicas.

- Promoción de la incorporación de mujeres en los equipos para evitar los sesgos de género.
- Desarrollo de una guía y acciones formativas dirigidas a profesionales de diversos ámbitos para lograr que las mujeres no se sientan cosificadas, ni infravaloradas o discriminadas cuando no presentan cuerpos normativos.
- Prevención y actuación de aquellos perfiles que fomentan la discriminación vinculada a la imagen corporal y cosificación de las mujeres.
- Detención de la difusión de contenidos discriminatorios en las redes sociales.

- Protocolo de actuación a disposición de las víctimas de violencia sexista en internet o en las redes sociales por parte de particulares y de la manófera, para que sean informadas de cómo actuar en situaciones de ciberacoso o vulneración de su privacidad.
- Elaboración de una guía dirigida a familias para la compra de videojuegos, juegos y juguetes sin estereotipos sexistas.
- Implementación de la Carta de Derechos Digitales que incluye derechos específicos como la no discriminación algorítmica por cuestión de género.
- Realización de estudios e investigaciones relacionados con la violencia simbólica contra las mujeres por parte de los distintos agentes de socialización.
- Medidas de regulación a través de leyes o normativas a partir de los resultados de investigación obtenidos.
- Premios y distintivos a aquellas iniciativas de buenas prácticas por todos aquellos colectivos o industrias que trabajen en pro de una sociedad más igualitaria y libre de discriminaciones.

- Regular, a través de leyes y normativas, aquellas industrias que se están lucrando de las inseguridades corporales de las mujeres y del estigma del peso, como las industrias farmacéutica o alimenticia.

*Referencias
Bibliográficas*

Alario, M. (2021). Política sexual de la pornografía. Sexo, desigualdad y violencia. Cátedra.

Alberola, L. (2024). Suelta la dieta, sana tu cuerpo. Libérate de la presión estética y haz las paces contigo. Bruguera.

American Psychiatric Association (APA) (2022). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V TR (5.a ed.). Washington, DC: Autor.

Andrés, A., Fornieles-Deu, A., Sepúlveda, A.R., Beltrán-Garrayo, L., Montcada-Ribera, A., Bach-Faig, A. y Sánchez-Carracedo, D. (2022). Spanish validation of the Modified Weight Bias Internalization Scale (WBIS-M) for adolescents. Eating and Weight Disorders. Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity 27, 3245–3256.

Aránguez, T. (2019). La metodología de la concienciación feminista en la época de las redes sociales. Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación 45, 238-257.

Bates, L. (2020). Men Who Hate Women: From Incels to Pick up Artists: The Truth about Extreme Misogyny and How it Affects Us All. Simon & Schuster.

Beck, I., Alcaraz, F., y Rodríguez, P. (2022). Violencia de género en línea hacia mujeres con voz pública. Impacto en la libertad de expresión. Alianza Regional por la Libre Expresión e Información ONU Mujeres.

bell hooks (1994). Enseñar a transgredir: la educación como práctica de la libertad. Routledge.

bell hooks (2000). Feminism is for everybody. Nueva York: South End Press.

Bordo, S. (1993). Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body. University of California Press.

Bourdieu, P. (1977). Outline of a Theory of Practice. Cambridge: Cambridge University Press.

Boschiero, C. (2013). Derechos humanos, género y medios

de comunicación en Argentina: la ley de medios analizada desde un enfoque de género. Buenos Aires: UNSAM y CIEP.

Calado, M. (2010a). Trastornos alimentarios: guías de psicoeducación y autoayuda. Madrid: Pirámide.

Calado, M. (2010b). Influencia de los medios de comunicación en la imagen corporal y desórdenes alimentarios en estudiantes de secundaria. Universidad de Vigo.

Calado, M. (2011). Liberarse de las apariencias. Género e imagen corporal. Madrid: Pirámide.

Calado, M. y Lameiras, M. (2014). Alteraciones de la imagen corporal, la alimentación y el peso. ¿Son los medios de comunicación tan influyentes? Valencia: Tirant Humanidades.

Chollet, M. (2012). Belleza fatal. La tiranía del look o los nuevos rostros de una alienación femenina. Barcelona: Penguin Random House.

Cobo, R. (2020). Pornografía: el placer del poder. Ediciones B.

Choukas-Bradley, S., Nesi, J., Widman, L., y Galle, B.M. (2020). The Appearance Related Social Media Consciousness Scale: Development and validation with adolescents. *Body Image*, 33, 164-174.

Cremades, P. (2018). Tratamiento jurídico de una enfermedad social. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Actualidad jurídica iberoamericana*, 9, 44-85.

Custo, E. (2022). Tengo un TCA, ¿y ahora qué?: guía para la recuperación de tu trastorno alimentario. Círculo Rojo.

De Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Gallimard.

De Ugarte, N. (2022). *La dictadura del amor propio*. Montena.

Del Olmo, J. M. (2005). Las caras del racismo. Colección: Filosofía y teoría social.

Domínguez, Y. (2020). Maldito estereotipo. Barcelona: Penguin Random House.

Domínguez, Y. (2024). Las mujeres facturan. El dinero también es cosa nuestra. Ediciones B.

Federación de Mujeres Jóvenes (2022). Guía de recursos “No seas presa de la talla”: prevención, sensibilización y apoyo en TCA con perspectiva de género. Programa #NoSeasPresaDeLaTalla.

Federación de Mujeres Jóvenes (2023). Investigación sobre las violencias corporales y opresiones estéticas que sufren las mujeres jóvenes en España. Programa #NoSeasPresaDeLaTalla.

Fernández, C. (2023). Sobrevivir a mí, vivir conmigo: entender y sanar un trastorno de la conducta alimentaria. Anaya Multimedia.

Fernández, E. y Lozada, V. (2023). Come sin hacer dieta. Una nueva forma de entender la nutrición. Grijalbo.

Fiske, S. T. y Stevens, L.E. (1993). What's so special about sex? Gender stereotyping and discrimination. En S. Oskamp y M. Costanzo (Eds.), Gender issues in contemporary society (pp. 173-196). Thousand Oaks, CA: Sage.

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. y Tavolacci, M.P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. The American Journal of Clinical Nutrition, 109, 1402-1413.

García- Mingo, E., y Díaz, S. (2022). Jóvenes en la manosefa. Influencia de la misoginia digital en la percepción que tienen los jóvenes de la violencia sexual. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación Fad Juventud (FAD).

Gil, E. (2006). La creación de la categoría clínica Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Norte de Salud Mental*, 25, 71-76.

Gutiérrez, M., y Ubani, C. (2023). A conceptual framework of the sexual objectification of women in music videos. *Feminismo/s*, 42, 27-60.

Harrison, K., y Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*, 47 (1), 40- 67.

Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., y Kessler R.C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61 (3), 348–358.

Instituto de las Mujeres (2021). La salud mental de las mujeres. Colección Salud XV. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado.

Jovanovski, N. (2017). Femininities-Lite: Diet Culture, Feminism and Body Policing. In *Digesting Femininities* (pp. 59-101). Palgrave Macmillan, Cham.

Jovanovski, N., y Jaeger, T. (2022). Demystifying ‘diet culture’: Exploring the meaning of diet culture in online ‘anti-diet’ feminist, fat activist, and health professional communities. *Women’s Studies International Forum*, 90, 102558.

La rebelión del cuerpo (2023). *Contra los estereotipos*. Montena.

Lagarde, M. (2000). Claves feministas para la autoestima de las mujeres. *Horas y horas*.

Lobatón, R. (2022). Estigma de peso y su impacto en la salud física y metabólica. Intervención III Jornadas Internacionales sobre Gordofobia y Violencia estética contra las mujeres. Instituto Canario de Igualdad.

López-Gil, J.F., García-Hermoso, A., Smith, L., et al. (2023). Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 177 (4), 363–372.

López-Guimerà, G., y Sánchez Carracedo, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias: fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid: Pirámide.

Mahon, C., Hamburger, D., Webb, J.B., Yager Z., Howard, E., Booth, A., y Fitzgerald, A. (2023). Protocol of a cluster randomised trial of BodyKind: a school-based body image programme for adolescents. *BMC Public Health*, 23, 2246.

Mann, T., Tomiyama, A.J., Westling, E., Lew, A.M., Samuels, B., y Chatman, J. (2007). Medicare's Search for Effective Obesity Treatments: Diets Are Not the Answer. *American Psychologist*, 62 (3), 220–233.

Martín Barranco, M. (2023). *La desfachatez machista. Hombres que nos explican el verdadero feminismo*. Catarata.

Marroquí, M. (2023). *Eso no es sexo: otra educación sexual es urgente*. Barcelona: Planeta.

Mateo, P.L., Ayala, A.I., Pérez Arteaga, L.C., y Gutiérrez, R. (2004). *Educación en relación: hacia la convivencia y el respeto. Propuesta educativa para educación secundaria*. Ayuntamiento de Zaragoza. Área de Educación y Acción Social

Mauldin, K., May, M., y Clifford, D. (2022). The consequences of a weight-centric approach to healthcare: A case for a paradigm shift in how clinicians address body weight. *Nutrition in Clinical Practice*, 37 (6), 1291-1306.

McLean, S.A., Paxton, S.J., y Wertheim, E.H. (2016). The measurement of media literacy in eating disorder risk factor research: Psychometric properties of six measures. *Journal of Eating Disorders*, 4, 30.

Micali, N., Solmi, F., Horton, N.J., et al. (2015). Adolescent eating disorders predict psychiatric, high-risk behaviors and weight outcomes in young adulthood. *Journal of American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 54 (8), 652–659.

Ministerio de Igualdad de España (2022). Encuesta Europea de Violencia de Género (EEVG). Madrid.

Ministerio de Sanidad (2022). Plan de acción de salud mental 2022- 2024. Ministerio de Sanidad.

Nutter, S., Eggerichs, L.A., Nagpal, T.S., et al. (2024). Changing the global obesity narrative to recognize and reduce weight stigma: A position statement from the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*, 25, 1-9.

ONU Noticias (2023): Guterres: la tecnología digital, nueva fuente de discriminación contra las mujeres.

Padilla, J., y Carmona, M. (2022). *Malestamos: cuando estar mal es un problema colectivo*. Madrid: Capitán Swing.

Pearl, R.L., y Puh, I R.M. (2014) Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: validation of the Modified Weight Bias Internalization Scale. *Body Image*, 11, 89–92.

Pineda, E. (2014). *Bellas para morir: estereotipos de género y violencia estética contra la mujer*. Argentina: Prometeo Libros.

Piñeyro, M. (2019). *10 gritos contra la gordofobia*. Vergara.

Piñeyro, M. (2020). *Guía básica de gordofobia. Un paso más hacia una vida libre de violencia*. Instituto Canario de Igualdad.

Ranea, B. (2023). *Puteros. Hombres, masculinidad y prostitución*. La Catarata.

Rojo, M., Beltrán-Garrayo, L., Blanco-Barredo, M., y Se-

púlveda, A.R. (2023). Spanish validation of two social media appearance-related constructs associated with disordered eating in adolescents: The Appearance related Social Media Consciousness scale (ASMC) and the Critical Thinking about Media Messages scale (CTMM). *Body Image* 45, 401-413.

Roldán, L. (2021). Activismo gorde digital. La gordesfera como espacio digital donde se encuentra el activismo gorde. Libro de Actas del VI Congreso de jóvenes investigadores con perspectiva de género (pp. 33-42).

Sánchez Carracedo, D. (2022). El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: una revisión narrativa. *Endocrinol Diabetes Nutrition*, 69 (10), 868-877.

Schaefer, L.M., y Thompson, J.K. (2014). The development and validation of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R). *Eating Behaviors*, 15 (2), 209-217.

Scull, T.M., Kupersmidt, J.B., Parket, A.E., Elmore, K.C., y Benson, J.W. (2010). Adolescents' media-related cognitions and substance use in the context of parental and peer influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 981-998.

Sepúlveda, A.R., y Calado, M. (2012). Westernization: The role of mass media on body image and eating disorders. En I. Ignacio Jauregui- Lobera (ed.), *Relevant Topics in Eating Disorders*, 47-64.

Simón, M. (2021). El daño social: secuelas y lesiones sociales, la evaluación del trabajo social forense en víctimas de violencia de género. *Servicios Sociales y Política Social*, 124, 11-27.

Solnit, R. (2021) *Recuerdos de mi inexistencia*. Barcelona: Lumen.

Sosa, L., y Grosso, M. (2018). La prohibición de la violencia simbólica y mediática en la Argentina: ¿superación de la dicotomía público/privada? *Revista Electrónica. Instituto*

to de Investigaciones Ambrosio L. Gioja, 20, 156-185.

Sosa, A., Galarza, E., y Ranea, B. (2024). Percepciones, experiencias y posicionamientos sobre la violencia de género en las redes sociales. Resultados de una encuesta a la juventud andaluza. *Comunicación y Sociedad*, e8676, 1-24

Tingle, E., Saunders, J., Nutter, S., y Russell-Mayhew, S. (2023). Taking Weight Out of the Equation: Unintended Harms of Weight-Focused Health Discourse in Schools. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 94, 49-58.

Vall-Roqué, H., Andrés, A., y Saldaña, C. (2022). Validación española de la “escala de comparación de la apariencia física” (pacs-r): propiedades psicométricas en una muestra comunitaria de hombres y mujeres. *Behavioral Psychology*, 30 (1), 269-289.

Valls, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina*. Madrid: Capitán Swing.

Valls, C. (2022). *Mujeres invisibles para la medicina*. Monografías feministas del Instituto de las Mujeres. serie género y salud, 1, 11-19.

WHO (World Health Organization) (1995). *Physical Status: The use and interpretation of anthropometry*. Technical Report Series, 854, 1-452.

Wilfley, D.E., Bishop, M.E., Wilson, G.T., y Agras, W.S. (2007). Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 8, S123-S129.

Wolf, N. (1991). *The Beauty Myth: How Images of Beauty Are Used Against Women*. Chatto & Windus.

Yatche, C. (2019). *Bellamente*. Editorial Planeta.

Legislación

6

NACIONAL

- Cortes Generales, 27 de diciembre de 1978, Constitución Española (BOE 29-12-1978). BOE-A-1978-31229 Constitución Española.

- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE 29- 12- 2004).

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (BOE 23-3-2007).

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (BOE 23-3-2007).

- Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual (BOE 1-5-2010)

- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (BOE 29-7-2015)

- BOE-A-2015-8470 Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

- Res. de 29 de diciembre de 2020, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 8 de marzo de 2022, por el que se aprueba el Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres en la Administración General del Estado y en sus Organismos Públicos (B.O.E. de 1 enero de 2021).

- Ley 13/2022, de 7 de julio, Ley General de Comunicación Audiovisual (LGCA) (BOE 8-7-2022).

EUROPEA

- Reglamento (UE) 2022/2065 del Parlamento Europeo y del Consejo de 19 de octubre de 2022 relativo a un mercado único de servicios digitales y por el que se modifica la

Directiva 2000/31/CE (Reglamento de Servicios Digitales).
(DOUE 277, 27-10-2022).

- Reglamento de Ejecución (UE) 2023/1201 de la Comisión, de 21 de junio de 2023, sobre disposiciones detalladas para la realización de determinados procedimientos por parte de la Comisión de conformidad con el Reglamento (UE) 2022/2065 del Parlamento Europeo y del Consejo ('Ley de Servicios Digitales') (DOUE L 159/51, 22-6-2023).

Anexo

*Preguntas
bloques temáticos
grupos discusión
profesionales/activistas*
.....

1
.....

BLOQUE 1

ESTEREOTIPOS CORPORALES DE GÉNERO Y DESIGUALDADES SOCIALES:

MUJER OBJETO

INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad ambivalente, en la que, por una parte, se está evolucionando y construyendo caminos más incluyentes, lenguajes que buscan superar viejos estereotipos de género o raza y mostrar diversidad corporal. Sin embargo, desde diversos agentes de socialización, de referencia y pertenencia, se presentan patrones de género normativos y excluyentes, se ejerce violencia simbólica y contribuyen a la construcción de una sociedad desigual.

Palabras, imágenes, música, símbolos o colores. Cada elemento muestra una representación del mundo. El impacto de los roles y estereotipos de género afecta directamente a la calidad de vida de muchas mujeres jóvenes. La importancia para las mujeres de su apariencia. El ideal corporal de cuerpos excesivamente delgados que se asocian con éxito. La cultura de la dieta y el cuerpo a la carta.

PRIMERA CUESTIÓN. 20 MINUTOS

Generad ejemplos o escenarios sobre estas violencias en mujeres jóvenes relacionadas fundamentalmente con el rol mujer objeto en nuestra sociedad:

- Hablar del cuerpo de las mujeres incluso de mujeres profesionales con presencia pública.
- Ideales irreales de delgadez y juventud.
- Control del cuerpo.
- Cultura de la dieta.
- Falta de diversidad corporal.
- Estigma del peso y estilos de vida saludables.
- Hipersexualización.

SEGUNDA CUESTIÓN. 20 MINUTOS

¿Cómo podemos transformar, desde la perspectiva feminista, esas violencias en la promoción de la salud, en los estereotipos corporales de género y en las desigualdades sociales? Proponed 3 iniciativas que consideréis clave.

BLOQUE 2

INTERSECCIONALIDAD: ESTIGMA DEL PESO

INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad ambivalente, en la que, por una parte, se está evolucionando y construyendo caminos más incluyentes, lenguajes que buscan superar viejos estereotipos de género o raza y mostrar diversidad corporal. Sin embargo, desde diversos agentes de socialización, de referencia y pertenencia, se presentan patrones de género normativos y excluyentes, se ejerce violencia simbólica y contribuyen a la construcción de una sociedad desigual.

Palabras, imágenes, música, símbolos o colores. Cada elemento muestra una representación del mundo. El impacto de los roles y estereotipos de género afecta directamente a la calidad de vida de muchas mujeres jóvenes. La importancia para las mujeres de su apariencia. El ideal corporal de cuerpos excesivamente delgados que se asocian con éxito. La cultura de la dieta y el cuerpo a la carta.

PRIMERA CUESTIÓN. 20 MINUTOS

Generad ejemplos o escenarios vinculados con violencias sobre mujeres jóvenes en situaciones de opresión y discriminación asociadas al peso en diferentes contextos sociales:

- En el trabajo
- En el colegio
- En la pareja
- Grupo de iguales
- Medios de comunicación

- Políticas públicas: prevención obesidad
- Profesionales de salud
-

SEGUNDA CUESTIÓN. 20 MINUTOS

Teniendo en cuenta que a las mujeres de todas las razas son tratadas como objeto socialmente, ¿Cómo podemos transformar, desde la perspectiva feminista, esas violencias en la promoción de la salud y en el estigma del peso? Proponed 3 iniciativas que consideréis clave. Por ejemplo, mayor diversidad corporal de mujeres en los medios de comunicación, las redes sociales, industria audiovisual o la moda.

BLOQUE 3

INTERSECCIONALIDAD: RACISMO ESTÉTICO

INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad ambivalente, en la que, por una parte, se está evolucionando y construyendo caminos más incluyentes, lenguajes que buscan superar viejos estereotipos de género o raza y mostrar diversidad corporal. Sin embargo, desde diversos agentes de socialización, de referencia y pertenencia, se presentan patrones de género normativos y excluyentes, se ejerce violencia simbólica y contribuyen a la construcción de una sociedad desigual.

Palabras, imágenes, música, símbolos o colores. Cada elemento muestra una representación del mundo. El impacto de los roles y estereotipos de género afecta directamente a la calidad de vida de muchas mujeres jóvenes. La importancia para las mujeres de su apariencia. El ideal corporal de cuerpos excesivamente delgados que se asocian con éxito. La cultura de la dieta y el cuerpo a la carta.

PRIMERA CUESTIÓN. 20 MINUTOS

Generad ejemplos o escenarios vinculados a violencias sobre mujeres jóvenes en situaciones de opresión y discriminación asociadas a la raza e imagen corporal en diferentes contextos sociales:

- En el trabajo
- En el colegio
- En la pareja
- Grupo de iguales
- Medios de comunicación
- Políticas públicas: prevención obesidad
- Profesionales de salud
-

SEGUNDA CUESTIÓN. 20 MINUTOS

Teniendo en cuenta que a las mujeres de todas las razas son tratadas como objeto socialmente, ¿cómo podemos transformar, desde la perspectiva feminista, esas violencias en relación al racismo estético en la promoción de la salud? Proponed 3 iniciativas que consideréis clave. Por ejemplo, mayor diversidad corporal de mujeres de diferentes razas en los medios de comunicación, las redes sociales, industria audiovisual o la moda.

BLOQUE 4

EMPODERAMIENTO CORPORAL: ACEPTACIÓN CORPORAL, ¿UNA UTOPIÍA?

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres jóvenes no solo afectan a la alimentación, sino que limitan la vida de las mujeres que los padecen de múltiples maneras en su día a día.

PRIMERA CUESTIÓN. 20 MINUTOS

Identificad ejemplos, de lo sutil a lo más explícito, sobre qué experiencias se están perdiendo o cómo limitan sus vidas el TCA o la insatisfacción corporal de las mujeres jóvenes en los siguientes contextos:

- En el trabajo
- En el colegio
- En la pareja
- Grupo de iguales
- Medios de comunicación
- Políticas públicas: prevención obesidad
- Profesionales de salud
-

SEGUNDA CUESTIÓN. 20 MINUTOS

¿De qué forma podríamos trabajar con perspectiva feminista en el ámbito clínico y/o educativo el empoderamiento corporal? Proponed 3 iniciativas que consideréis clave.

BLOQUE 5

POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS A LOS AGENTES DE SOCIALIZACIÓN

INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad ambivalente, en la que, por una parte, se está evolucionando y construyendo caminos más incluyentes, lenguajes que buscan superar viejos estereotipos de género o raza y mostrar diversidad corporal. Sin embargo, desde diversos agentes de socialización, de referencia y pertenencia, se presentan patrones de género normativos y excluyentes, se ejerce violencia simbólica y contribuye a la construcción de una sociedad desigual. Por eso es necesario poner en cuestión lo que conocemos y reflexionar sobre de qué forma se puede promover la salud de la imagen corporal de las mujeres jóvenes en este ámbito, dado que la insatisfacción corporal está en la base de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres jóvenes.

Se trata de cambiar el foco de lo individual a lo social a través de Políticas Públicas que nos permitan vivir en sociedades más sanas. Es necesario debatir sobre cómo podríamos provocar transformaciones sociales en la visión de la sociedad de mujer objeto, estigma del peso y racismo estético para conseguir una sociedad más sana con el empoderamiento corporal de las mujeres.

PRIMERA CUESTIÓN. 20 MINUTOS

¿Qué iniciativas podríamos desarrollar para conseguir una sociedad más sana con respecto a la imagen corporal, promoviendo la salud desde las políticas públicas en los siguientes ámbitos?:

- En el trabajo
- En el colegio
- En la pareja
- Grupo de iguales
- Medios de comunicación
- Políticas públicas: prevención obesidad
- Profesionales de salud
-

SEGUNDA CUESTIÓN. 20 MINUTOS

¿Cuáles serían los temas prioritarios con perspectiva feminista para abordar desde las políticas públicas? Indicad los 3 clave.

Anexo

*Programación foro
Digital online*

.....

2

.....

- 16.20- Recepción de las personas y conexiones
- 16.35- Apertura e inauguración por parte del Instituto de las Mujeres
- Presentación IM Subdirectora Adjunta de Estudios y Cooperación: Paz Alonso Gastón
- 16.45- Introducción de la sesión. Explicación del programa de la sesión y el objetivo de la misma
- 16.50- Presentación investigadoras de la temática
- 17.10 Metodología de la sesión
- 17.20- Trabajo en pequeños grupos
- 18.20 Conclusiones de cada uno de los grupos de discusión
- 19.10- Explicación de la segunda fase del estudio
- 19.20- Cierre

Anexo

*Grupos de discusión
mujeres jóvenes que
padecen un trastorno
alimentario*

.....

3

.....

INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad ambivalente, en la que, por una parte, se está evolucionando y construyendo caminos más incluyentes, lenguajes que buscan superar viejos estereotipos de género o raza y mostrar diversidad corporal. Sin embargo, desde diversos agentes de socialización, de referencia y pertenencia, se presentan patrones de género normativos y excluyentes, se ejerce violencia simbólica y contribuyen a la construcción de una sociedad desigual.

Palabras, imágenes, música, símbolos o colores. Cada elemento muestra una representación del mundo. El impacto de los roles y estereotipos de género afecta directamente a la calidad de vida de muchas mujeres jóvenes. La importancia para las mujeres de su apariencia. El ideal corporal de cuerpos excesivamente delgados que se asocian con éxito. La cultura de la dieta y el cuerpo a la carta.

1- Estereotipos fruto de simplificaciones que generan violencia hacia las mujeres. Mostrar vuestra opinión y generad ejemplos o escenarios sobre estas violencias en mujeres jóvenes relacionadas fundamentalmente con el rol mujer objeto en nuestra sociedad:

- Hablar del cuerpo de las mujeres incluso de mujeres profesionales con presencia pública. ¿Por parte de diversos agentes de socialización?
- Ideales irreales de delgadez y juventud.
- Control del cuerpo.
- Cultura de la dieta.
- Falta de diversidad corporal.
- Estigma del peso y estilos de vida saludables.
- Hipersexualización.

2- ¿Cómo se perciben por parte de las mujeres las representaciones en las redes sociales, los medios de comunicación analógicos y la publicidad en las mujeres?

3- Sexismo y discriminación corporal actual. Redes sociales y otros agentes como impulsores de la comparación sobre la relación con la alimentación y el desarrollo de TCA.

4- ¿Tienen más dificultades aquellas mujeres que se salen del estereotipo: mujeres con cuerpo no normativo o de otras razas?

- Asociaciones entre salud y peso: no se tiene en cuenta que el peso no es una conducta; el peso no es una elección. Simplificación de mensajes (consultas médicas o programas prevención obesidad)

- Cultura de la dieta: prescribir dietas restrictivas- factor riesgo TCA en mujeres jóvenes y a largo plazo asociado con mayor aumento de peso

- Negación diversidad corporal

- Obviar consecuencias salud mental: baja autoestima, insatisfacción corporal, depresión, ansiedad, TCA

- Otras debilidades de la sociedad: falta de pensamiento crítico, el que estos estereotipos sean dados por múltiples agentes.

5- ¿Cómo podemos transformar esas violencias en la promoción de la salud, en los estereotipos corporales de género y en las desigualdades sociales?

6- ¿es útil constatar que estas enfermedades les suceden con mucha más frecuencia a las mujeres por el proceso de socialización en la sociedad occidental actual? ¿y adoptar una perspectiva feminista? ¿es necesario el trabajo en nuevas masculinidades? Proponed 3 iniciativas que consideréis clave.

7- ¿Qué iniciativas podríamos desarrollar para conseguir una sociedad más sana con respecto a la imagen corporal, promoviendo la salud desde las políticas públicas en los siguientes ámbitos?

8- ¿Cuáles serían los temas prioritarios para abordar desde las políticas públicas? ¿La perspectiva feminista puede resultar de utilidad?

Anexo

*Preguntas grupos de
discusión mujeres
jóvenes que han
padecido un trastorno
alimentario*

.....

4

.....

INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad ambivalente, en la que, por una parte, se está evolucionando y construyendo caminos más incluyentes, lenguajes que buscan superar viejos estereotipos de género o raza y mostrar diversidad corporal. Sin embargo, desde diversos agentes de socialización, de referencia y pertenencia, se presentan patrones de género normativos y excluyentes, se ejerce violencia simbólica y contribuyen a la construcción de una sociedad desigual.

Palabras, imágenes, música, símbolos o colores. Cada elemento muestra una representación del mundo. El impacto de los roles y estereotipos de género afecta directamente a la calidad de vida de muchas mujeres jóvenes. La importancia para las mujeres de su apariencia. El ideal corporal de cuerpos excesivamente delgados que se asocian con éxito. La cultura de la dieta y el cuerpo a la carta.

9- Estereotipos fruto de simplificaciones que generan violencia hacia las mujeres. Mostrar vuestra opinión y generad ejemplos o escenarios sobre estas violencias en mujeres jóvenes relacionadas fundamentalmente con el rol mujer objeto en nuestra sociedad:

- Hablar del cuerpo de las mujeres incluso de mujeres profesionales con presencia pública. ¿Por parte de diversos agentes de socialización?
- Ideales irreales de delgadez y juventud.
- Control del cuerpo.
- Cultura de la dieta.
- Falta de diversidad corporal.
- Estigma del peso y estilos de vida saludables.
- Hipersexualización.

10- ¿Cómo se perciben por parte de las mujeres las representaciones en las redes sociales, los medios de comunicación analógicos y la publicidad en las mujeres?

11- Sexismo y discriminación corporal actual. Redes sociales y otros agentes como impulsores de la comparación sobre la relación con la alimentación y el desarrollo de TCA.

12- ¿Tienen más dificultades aquellas mujeres que se salen del estereotipo: mujeres con cuerpo no normativo o de otras razas?

- Asociaciones entre salud y peso: no se tiene en cuenta que el peso no es una conducta; el peso no es una elección. Simplificación de mensajes (consultas médicas o programas prevención obesidad)
- Cultura de la dieta: prescribir dietas restrictivas- factor riesgo TCA en mujeres jóvenes y a largo plazo asociado con mayor aumento de peso
- Negación diversidad corporal
- Obviar consecuencias salud mental: baja autoestima, insatisfacción corporal, depresión, ansiedad, TCA
- Otras debilidades de la sociedad: falta de pensamiento crítico, el que estos estereotipos sean dados por múltiples agentes.

13- ¿Cómo podemos transformar esas violencias en la promoción de la salud, en los estereotipos corporales de género y en las desigualdades sociales?

14- ¿es útil constatar que estas enfermedades les suceden con mucha más frecuencia a las mujeres por el proceso de socialización en la sociedad occidental actual? ¿y adoptar una perspectiva feminista? ¿es necesario el trabajo en nuevas masculinidades? Proponed 3 iniciativas que consideréis clave.

15- ¿Qué iniciativas podríamos desarrollar para conseguir una sociedad más sana con respecto a la imagen corporal, promoviendo la salud desde las políticas públicas en los siguientes ámbitos?

16- ¿Cuáles serían los temas prioritarios para abordar desde las políticas públicas? ¿La perspectiva feminista puede resultar de utilidad?

17- ¿Crees que el trabajo del pensamiento crítico sobre los roles y estereotipos de género han sido útiles en la superación de tu trastorno alimentario?

Anexo

*Encuesta online:
“Mujeres jóvenes
y trastornos de la
conducta alimentaria:
impacto de los roles y
estereotipos de género”*

.....

5

.....

Estimada participante:

Antes de responder a las preguntas, es importante que leas la siguiente información:

¿Cuál es el objetivo? La información que nos proporcionen va a ayudar a plantear propuestas sobre políticas públicas, estrategias o actuaciones por parte de Instituciones, entidades y profesionales.

¿A quién va dirigido? Mujeres jóvenes (entre 18 y 30 años) que padecen o han padecido Trastornos de la Conducta Alimentaria.

¿En qué consiste la tarea? Contestar una serie de preguntas. La duración estimada es de 23 minutos.

Consentimiento informado

Esta encuesta forma parte del Estudio Mujeres Jóvenes y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Impacto de los roles y estereotipos de género, promovida por el Instituto de las Mujeres y desarrollada por las investigadoras Dra. María Calado Otero y Dra. Ana Rosa Sepúlveda, así como y la consultoría especializada en género y sostenibilidad, intheMOVE.

Respecto al estudio cabe destacar:

- La encuesta es anónima y confidencial. No se requerirá ningún dato identificativo personal; la información recabada será empleada, exclusivamente, para realizar esta investigación.
- La participación en la encuesta es voluntaria y no conllevará remuneración económica.
- En la encuesta no se solicita ningún dato de carácter personal.
- Todos los datos proporcionados en la encuesta se tratarán de forma agregada con el conjunto de respuestas, integrándose con el resto de información obtenida en las diferentes fases de la investigación.

- Los datos serán protegidos según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y según el Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad.

- Existe posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento.

- El responsable de la custodia de datos durante la realización del estudio serán intheMOVE y las investigadoras. Para cualquier consulta o si desea retirarse del estudio puede dirigirse a hola@inthemove.es o a mcaladootero@gmail.com.

- Una vez completado el estudio, el responsable de la custodia de estos datos será el Instituto de las Mujeres (dpd@inmujeres.es).

1. En base a este consentimiento informado, ¿aceptas participar en esta encuesta?

Sí	(1)	No	(2) <i>Página de descalificación</i>
----	-----	----	--------------------------------------

A. Datos Sociodemográficos

A continuación, encontrarás una serie de preguntas sobre ti.

2. ¿Con qué género te identificas?

Femenino	(1)
Masculino	(2) <i>Página de descalificación</i>
No me identifico con ninguno	(3) <i>Página de descalificación</i>

3. Edad _____ (Solo participantes entre 18 y 30 años)

4. Relación con el trastorno alimentario

En la actualidad padezco un Trastorno Alimentario	(1)
Padezco un Trastorno Alimentario	(2)
No padezco ni he padecido nunca un Trastorno Alimentario	(3) <i>Página de descalificación</i>

5. Nacionalidad Española

Sí	(1)	No	(2) <i>Página de descalificación</i>
----	-----	----	--------------------------------------

6. CCAA

Andalucía	(1)	Castilla la Mancha	(8)	Comunidad Foral de Navarra	(15)
Aragón	(2)	Cataluña	(9)	País Vasco	(16)
Principado de Asturias	(3)	Comunitat Valenciana	(10)	La Rioja	(17)
Islas Baleares	(4)	Extramadura	(11)	Ceuta	(18)
Canarias	(5)	Galicia	(12)	Melilla	(19)
Cantabria	(6)	Comunidad de Madrid	(13)		
Castilla y León	(7)	Comunidad de Murcia	(14)		

7. Lugar de residencia

Población rural (menos de 2.000 habitantes)	(1)
Ciudad pequeña (entre 2.000-50.000 habitantes)	(2)
Ciudad mediana (entre 50.001-1.000.000 de habitantes)	(3)
Ciudad grande (más de 1.000.000 de habitantes)	(4)

8. ¿Cómo se define Ud. en materia religiosa: católico/a, creyente de otra religión, no creyente o atea?

Católica	(1)	Atea	(4)
Creyente de otra religión	(2)	Otra religión	(5)
No creyente	(3)		

9. ¿Te defines como perteneciente a una cultura distinta a la mayoritaria, con relación al contexto donde vives (por tu origen, rasgos, color piel o cultura)?

Sí	(1) <i>Se pasa a la pregunta 10</i>	No	(2) <i>Se pasa a la pregunta 11</i>	Prefiero no contestar	(3) <i>Se pasa a la pregunta 11</i>
----	-------------------------------------	----	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------

10. Si has contestado sí, ¿podrías indicar cuál?

Afroamericana	(1)	Asiática	(4)
Hispano-latina	(2)	Otra. Por favor, indica cuál	(5)

11. ¿Cuál es tu nivel de estudios terminados (de los que tienes título oficial)?

Sin estudios o menos que primarios	(1)	Universitarios (diplomaturas/grados técnicos o licenciaturas/grados superiores)	(5)
Primarios (Primer Ciclo ESO, PCPI)	(2)	Doctorado, máster o estudios de postgrado	(6)
Secundarios (Segundo Ciclo ESO o bachillerato)	(3)	Prefiero no contestar	(7)
FP (grado medio o superior)	(4)		

12. ¿Qué situación se ajusta mejor a tu caso? Respuesta simple.

Soy estudiante	(1)	Estoy en paro, no busco empleo	(5)
Tengo trabajo remunerado	(2)	Otra situación, distinta de las anteriores	(6)
Trabajo llevando la casa	(3)	Prefiero no contestar	(7)
Estoy en paro, en búsqueda de empleo	(4)		

13. ¿En cuál de las siguientes situaciones te encuentras?

No tengo pareja	(1)
Tengo pareja, pero no comparto la misma vivienda	(2)
Tengo pareja y comparto la misma vivienda	(3)

14. ¿Te consideras independiente económicamente?

Sí	(1)	No	(2)	Prefiero no contestar	(3)
----	-----	----	-----	-----------------------	-----

15. Indica tu peso y altura, en número. Somos conscientes de que se trata de una pregunta incómoda. Sin embargo, vemos muy importante contestarla porque queremos estudiar si las personas con mayor peso sufren más situaciones de infravaloración y discriminación. No es necesario que te peses para contestar esta pregunta. (Por ejemplo, 80kg de peso, 165 cm de altura)

16. ¿Llevas a cabo algún deporte en la actualidad?

No practico ningún deporte	(1) Se pasa a la pregunta 18
Hago deporte de forma individual	(2) Se pasa a la pregunta 17
Soy miembro de algún equipo, federación, asociación	(3) Se pasa a la pregunta 17

17. Si has contestado que sí practicas algún deporte, ¿qué deporte? _____

18. Tipo de Diagnóstico Actual

Anorexia Nerviosa	(1) Se pasa a la pregunta 20	Trastorno Alimentario Especificado	(4) Se pasa a la pregunta 20
Bulimia Nerviosa	(2) Se pasa a la pregunta 20	Tengo un TCA y no he sido diagnosticada	(5) Se pasa a la pregunta 20
Trastorno por Atracón	(3) Se pasa a la pregunta 20	Actualmente estoy recuperada	(6) Se pasa a la pregunta 19

19. En caso de ya no padezcas un trastorno alimentario, ¿cuántos años hace que te has recuperado?

Menos de 1 año	(1)	Más de 5 años	(4)
Entre 1-2 años	(2)	Otra. Por favor, indica cuál:	(5)
Entre 2-5 años	(3)		

20. Por favor, indica la siguiente información:

Edad inicio del trastorno alimentario _____

Edad de diagnóstico de trastorno alimentario _____

Años evolución que has convivido con el trastorno alimentario _____

21. ¿Estás en tratamiento actualmente?

Sí ambulatorio	(1)	Sí residencia	(3)
Sí hospital de día	(2)	No tengo tratamiento	(4)

B. Sociomediático: Medios de comunicación y redes sociales

22. En un día habitual, señala la frecuencia con la que usas los siguientes medios de comunicación al día.

	Nunca (1)	Menos de 1 h (2)	Entre 1-2h (3)	Entre 2-5h (4)	Más de 5h (5)
1. Cadenas de televisión					
2. Emisoras de radio					
3. Prensa en papel					
4. Prensa digital					
5. Blogs y sitios de internet					

23. En un día habitual, señala la frecuencia con que sueles buscar información sobre este tipo de contenidos entre los medios de comunicación anteriores.

	Nunca (1)	Menos de 1 h (2)	Entre 1-2h (3)	Entre 2-5h (4)	Más de 5h (5)
1. Belleza					
2. Dietas					
3. Ejercicio físico					
4. Moda					
5. Vídeos Musicales					
6. Salud					
7. Pornografía					
8. Contenidos antigordofobia					

24. ¿Usas las redes sociales en tu día a día?

Sí	(1) <i>Se pasa a la pregunta 25</i>	No	(2) <i>Se pasa a la pregunta 32</i>
----	-------------------------------------	----	-------------------------------------

25. En un día habitual, señala la frecuencia con la que usas las siguientes redes sociales al día.

	Nunca (1)	Menos de 1 h (2)	Entre 1-2h (3)	Entre 2-5h (4)	Más de 5h (5)
1. Instagram					
2. Whatsapp					
3. Telegram					
4. Tik Tok					
5. Twitch					
6. Facebook					
7. LinkedIn					
8. Youtube					
9. X (antes Twitter)					
10. Snapchat					
11. Spotify					
12. Tinder					
13. OnlyFans					
14. Weloveoversize					

26. En un día habitual, señala la frecuencia con que sueles buscar información sobre este tipo de contenidos en redes sociales al día.

	Nunca (1)	Menos de 1 h (2)	Entre 1-2h (3)	Entre 2-5h (4)	Más de 5h (5)
1. Belleza					
2. Dietas					
3. Ejercicio físico					
4. Moda					
5. Vídeos Musicales					
6. Salud					
7. Pornografía					
8. Contenidos antigordofobia					

27. Por favor, indícanos si has presenciado en tus redes sociales polémicas o discusiones sobre las siguientes temáticas:

	Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	A Menudo (4)	Siempre (5)
1. Polémicas o críticas sobre la forma de vestir de las mujeres					
2. Discusiones motivadas por el aspecto físico del cuerpo de las mujeres					
3. Polémicas o críticas sobre el peso de las mujeres					
4. Discusiones sobre los diferentes modos de alimentarse					
5. Discusiones sobre hábitos de ejercicio físico					
6. Discusiones sobre el origen étnico o racial de las mujeres					

C. Conciencia sobre las redes sociales

28. Por favor, lee cada afirmación y señala la frecuencia que más se aproxime a tu opinión o tu situación:

	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Raramente (3)	A Veces (4)	A Menudo (5)	Casi Siempre (6)	Siempre (7)
1. Cuando la gente me hace fotos, pienso en cómo saldré si las fotos se publican en redes sociales							
2. Pienso en cómo se verán ciertas partes específicas de mi cuerpo cuando la gente vea mis fotos en redes sociales							
3. Incluso cuando estoy a solas, me imagino cómo se vería mi cuerpo en una foto en redes sociales							
4. Durante el día, paso tiempo pensando en cómo de atractiva puedo parecer cuando la gente vea fotos mías en redes sociales							
5. Intento adivinar cómo la gente en redes sociales reaccionará a mi apariencia física en mis fotos							

29. Por favor, lee cada afirmación y señala la frecuencia que más se aproxime a tu opinión o tu situación.

	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Raramente (3)	A Veces (4)	A Menudo (5)	Casi Siempre (6)	Siempre (7)
6. Mi atractivo en fotos es más importante que cualquier otra cosa que hago en redes sociales							
7. Cuando hago planes sociales, me preocupo más sobre parecer atractiva en las fotos que la gente pueda publicar en redes sociales que de pasármelo bien							
8. Si se publica en redes sociales una foto en la que no salgo atractiva, me siento mal conmigo misma							
9. Miro fotos mías en redes sociales una y otra vez							

10. Amplío fotos en redes sociales para ver cómo salen partes específicas de mi cuerpo							
11. Si alguien me hace una foto que pueda ser publicada en redes sociales, primero pido verla para asegurarme de que salgo bien							
12. Antes de publicar fotos en redes sociales, las recorto o les aplico filtros para salir mejor							
13. Si alguien me hace una foto que pudiese ser publicada en redes sociales, poso de una forma particular de tal manera que parezca lo más atractiva posible							
14. Soy consciente de qué fotos llevan filtros o están retocadas, presentando una imagen ficticia de la realidad							
15. Considero que las publicaciones en redes sociales presentan poca variedad de mujeres							
16. Pienso que la ausencia de imágenes positivas sobre determinados grupos de mujeres puede incidir negativamente en la percepción que las mujeres de esos grupos tengan sobre sí mismas							
17. Advierto que las imágenes retocadas de mujeres que aparecen en las redes sociales pueden influir en la percepción que otras mujeres tengan sobre su propio cuerpo, aspecto físico o peso							
18. Creo que la imagen de las mujeres en las redes sociales hace que otras mujeres alteren su comportamiento para tratar de ajustarse a esos cánones, incluso llegando a desarrollar un trastorno alimentario							

30. Por favor, lee cada afirmación y señala la frecuencia que más se aproxime a tu opinión o tu situación.

	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Raramente (3)	A Veces (4)	A Menudo (5)	Casi Siempre (6)	Siempre (7)
19. Si alguien me hace una foto que pueda ser publicada en redes sociales, primero pido verla para asegurarme de que salgo bien							
20. Antes de publicar fotos en redes sociales, las recorto o les aplico filtros para salir mejor							
21. Si alguien me hace una foto que pudiese ser publicada en redes sociales, poso de una forma particular de tal manera que parezca lo más atractiva posible							
22. Soy consciente de qué fotos llevan filtros o están retocadas, presentando una imagen ficticia de la realidad							
23. Considero que las publicaciones en redes sociales presentan poca variedad de mujeres							

31. Por favor, lee cada afirmación y señala la frecuencia que más se aproxime a tu opinión o tu situación.

	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Raramente (3)	A Veces (4)	A Menudo (5)	Casi Siempre (6)	Siempre (7)
24. Pienso que la ausencia de imágenes positivas sobre determinados grupos de mujeres puede incidir negativamente en la percepción que las mujeres de esos grupos tengan sobre sí mismas							
25. Advierto que las imágenes retocadas de mujeres que aparecen en las redes sociales pueden influir en la percepción que otras mujeres tengan sobre su propio cuerpo, aspecto físico o peso							
26. Creo que la imagen de las mujeres en las redes sociales hace que otras mujeres alteren su comportamiento para tratar de ajustarse a esos cánones, incluso llegando a desarrollar un trastorno alimentario							

D. Pensamiento crítico hacia los medios de comunicación.

32. Por favor, lee cada afirmación y señala la frecuencia que más se aproxime a tu pensamiento crítico acerca de los medios de comunicación.

	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Pocas Veces (3)	Algunas Veces (4)	A Menudo (5)	Siempre (6)
1. Pienso acerca de la intención que hay detrás de un mensaje que veo en televisión.						
2. Reflexiono sobre quiénes han creado el mensaje que veo en el anuncio						
3. Reflexiono sobre qué quieren hacerme creer las personas que hicieron los mensajes de los medios de comunicación						
4. Pienso acerca de las cosas que los publicistas hacen para captar mi atención						
5. Reflexiono sobre si las cosas que los publicistas quieren que haga son buenas para mí						

33. Por favor, lee cada afirmación y señala la frecuencia que más se aproxime a tu pensamiento crítico acerca de los medios de comunicación.

	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Pocas Veces (3)	Algunas Veces (4)	A Menudo (5)	Siempre (6)
6. Trato de pensar sobre cómo de verdadero o falso es un anuncio						
7. Soy consciente de que esas imágenes no reflejan la realidad de la sociedad y la diversidad de cómo somos las mujeres						
8. Creo que esas imágenes o mensajes pueden influir en las mujeres que las reciben, haciendo que se cuestionen su aspecto físico y su peso, comparándolo con el de las mujeres que aparecen en esos medios						
9. Considero que las imágenes que aparecen en los medios pueden impactar en las mujeres que las ven haciéndoles vulnerables al desarrollo de un TCA						

E. Interiorización de prejuicios sobre peso.

34. Ahora, encontrarás algunas afirmaciones sobre tus emociones y pensamientos en relación con tu peso. Lee atentamente cada frase y señala tu grado de acuerdo o desacuerdo.

	Totalmente en Desacuerdo (1)	Bastante en Desacuerdo (2)	Algo en Desacuerdo (3)	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo (4)	Algo de Acuerdo (5)	Bastante de Acuerdo (6)	Totalmente de Acuerdo (7)
1. Soy menos atractiva que la mayoría de las personas debido a mi peso							
2. Me siento nerviosa respecto a mi peso debido a lo que la gente puede pensar de mí							
3. Desearía poder cambiar mi peso drásticamente							
4. Siempre que pienso mucho sobre mi peso, me deprimó							
5. Me odio a mí misma por mi peso							

35. Ahora, encontrarás algunas afirmaciones sobre tus emociones y pensamientos en relación con tu peso. Lee atentamente cada frase y señala tu grado de acuerdo o desacuerdo.

	Totalmente en Desacuerdo (1)	Bastante en Desacuerdo (2)	Algo en Desacuerdo (3)	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo (4)	Algo de Acuerdo (5)	Bastante de Acuerdo (6)	Totalmente de Acuerdo (7)
6. Mi peso es una de las principales maneras por las que juzgo mi valía personal							
7. Debido a mi peso, no siento que merezca tener una vida social que me haga feliz							
8. Estoy bien con el peso que tengo							
9. Debido a mi peso, no siento que sea realmente yo misma							
10. Debido a mi peso, no entiendo cómo alguien atractivo querría tener una cita conmigo							
11. La preocupación por mi peso me hace tener inseguridad ante distintas situaciones							

F. Comparación Social

36. Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu cuerpo.

	Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	A Menudo (4)	Siempre (5)
1. Cuando estoy en público, comparo mi apariencia física con la apariencia de las demás personas					
2. Cuando conozco a una persona nueva (del mismo sexo), comparo el tamaño de mi cuerpo con el tamaño de su cuerpo					
3. Cuando estoy en el trabajo o en el centro educativo, comparo mi forma del cuerpo con la forma del cuerpo de las demás personas					
4. Cuando estoy en público, comparo mi grasa corporal con la grasa corporal de las demás personas					
5. Cuando estoy comprando ropa, comparo mi peso con el peso de las demás personas					
6. Cuando estoy en una fiesta, comparo la forma de mi cuerpo con la forma del cuerpo de las demás personas					

37. Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu cuerpo.

	Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	A Menudo (4)	Siempre (5)
7. Cuando estoy con un grupo de amigos/as, comparo mi peso con el de las demás personas					
8. Cuando estoy en público, comparo el tamaño de mi cuerpo con el tamaño del cuerpo de las demás personas.					
9. Cuando estoy con un grupo de amigos/as, comparo el tamaño de mi cuerpo con el tamaño del cuerpo de las demás personas					
10. Cuando estoy comiendo en un restaurante, comparo mi grasa corporal con la grasa corporal de las demás personas					
11. Cuando estoy en el gimnasio, comparo mi apariencia física con la apariencia de las demás personas					
12. Cuando estoy viendo la televisión o leyendo revistas comparo mi apariencia física con la de las mujeres que aparecen en esos medios de comunicación					

38. Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu cuerpo.

	Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	A Menudo (4)	Siempre (5)
13. Cuando estoy en las redes sociales comparo mi apariencia física con la de las mujeres que en sus publicaciones muestran sus cuerpos					
14. Cuando estoy viendo algún anuncio de publicidad comparo la forma de mi cuerpo con el de las mujeres que protagonizan los anuncios					
15. En distintas situaciones de mi vida diaria comparo la forma de mi cuerpo con la imagen de las mujeres que he interiorizado desde las redes sociales					
16. En distintas situaciones de mi vida diaria comparo la forma de mi cuerpo con la imagen de las mujeres que he interiorizado desde los medios de comunicación					
17. En distintas situaciones de mi vida diaria comparo la forma de mi cuerpo con la imagen de las mujeres que he interiorizado desde la industria audiovisual (cine, música o videojuegos)					

G. Estereotipo de género y prejuicios.

Es frecuente que etiquetamos, constantemente, a otras personas en función de los estereotipos vinculados a la imagen corporal que tenemos, siendo la presión social mucho mayor sobre las mujeres. Esos estereotipos y prejuicios pueden estar en la base de situaciones que desvalorizan a las mujeres con palabras y expresiones con mayor o menor intensidad, y pueden dar lugar a situaciones de burla, ridiculización, desprecio, insulto o humillación en distintos contextos en los que no eres una mera espectadora, sino que puedes interactuar:

- **Entornos familiares:** alguna persona de tu familia realiza comparaciones de tu cuerpo con el de otra persona.
- **Pareja:** cuando tu pareja toca algunas partes de tu cuerpo de forma poco afectiva, haciendo ver la grasa; o hace comentarios sobre tu peso o aspecto físico.

· **Entornos laborales:** asocian características de personalidad negativas a las personas con más peso; es más difícil para las personas con cuerpos grandes ascender o acceder a determinados trabajos; o se habla de los cuerpos de las mujeres en general sea cual sea su peso.

· **Entornos médicos:** acudes al médico por un tratamiento y la consulta solo gira en torno al peso, y se ofrece como alternativa médica una dieta en lugar de abordar el problema de salud motivo de tu consulta.

· **Entornos educativos:** se da por hecho que los hábitos alimentarios y de ejercicio físico son los únicos responsables del peso; dejando de lado los factores genéticos y se asume que es, totalmente controlable; situaciones de acoso por parte de compañeros/as utilizando la palabra gordo/a de forma negativa.

· **Redes sociales:** realización de comentarios sobre tu aspecto físico en las imágenes que compartes; cuando visionas reels sobre salud asociada al peso, la dieta y el ejercicio físico haciéndote pensar que puedes controlar totalmente tu peso o tu aspecto físico; cuando visionas retos de redes sociales sobre cómo mejorar la cesta de la compra de alguien que supuestamente compra comida no saludable.

Por favor, indica el grado de frecuencia con el que te has encontrado, a lo largo de tu vida, en las situaciones que presentan las siguientes preguntas.

39. ¿Alguna vez te has sentido infravalorada por alguna persona de tu familia en...?

	Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	A Menudo (4)	Siempre (5)
1. Tu forma de vestir					
2. El aspecto físico de tu cuerpo					
3. Tus decisiones sobre la alimentación					
4. El ejercicio físico que realizas					
5. Peso					
6. Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física					

40. ¿Alguna vez te has sentido infravalorada por tu pareja en...?

	Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	A Menudo (4)	Siempre (5)
1. Tu forma de vestir					
2. El aspecto físico de tu cuerpo					
3. Tus decisiones sobre la alimentación					
4. El ejercicio físico que realizas					
5. Peso					
6. Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física					

41. ¿Alguna vez te has sentido infravalorada por tus compañeros/as de estudio o trabajo o jefes/as en...?

	Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	A Menudo (4)	Siempre (5)
1. Tu forma de vestir					
2. El aspecto físico de tu cuerpo					
3. Tus decisiones sobre la alimentación					
4. El ejercicio físico que realizas					
5. Peso					
6. Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física					

42. ¿Alguna vez te has sentido infravalorada por el personal médico en...?

	Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	A Menudo (4)	Siempre (5)
1. Tu forma de vestir					
2. El aspecto físico de tu cuerpo					
3. Tus decisiones sobre la alimentación					
4. El ejercicio físico que realizas					
5. Peso					
6. Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física					

43. ¿Alguna vez te has sentido infravalorada por el profesorado en...?

	Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	A Menudo (4)	Siempre (5)
1. Tu forma de vestir					
2. El aspecto físico de tu cuerpo					
3. Tus decisiones sobre la alimentación					
4. El ejercicio físico que realizas					
5. Peso					
6. Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física					

44. ¿Alguna vez has te has sentido infravalorada en las redes sociales, por personas conocidas o desconocidas, en...?

	Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	A Menudo (4)	Siempre (5)
1. Tu forma de vestir					
2. El aspecto físico de tu cuerpo					
3. Tus decisiones sobre la alimentación					
4. El ejercicio físico que realizas					
5. Peso					
6. Tu origen étnico o racial vinculado a tu apariencia física					

H. Discriminaciones

Podemos hablar de discriminaciones relacionadas con la imagen corporal: cuando se trata a una mujer de forma más desfavorable que a otra debido a características relacionadas con una imagen corporal que se aleja del ideal corporal existente actualmente. Por favor, indica el grado de frecuencia con el que crees que se producen las siguientes situaciones.

45. ¿Crees que en España se hacen diferencias a las mujeres en función del peso que tengan en...?

	Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	A Menudo (4)	Siempre (5)
1. Entornos laborales (ante igualdad de formación y experiencia)					
2. Entornos médicos					
3. Entornos educativos					
4. Redes sociales					
5. Medios de comunicación					
6. Publicidad					
7. Ámbito audiovisual (música, cine o videojuegos)					

46. ¿Crees que en España se hacen diferencias a las mujeres según su origen étnico en...?

	Nunca (1)	Pocas Veces (2)	A Veces (3)	A Menudo (4)	Siempre (5)
1. Entornos laborales (ante igualdad de formación y experiencia)					
2. Entornos médicos					
3. Entornos educativos					
4. Redes sociales					
5. Medios de comunicación					
6. Publicidad					
7. Ámbito audiovisual (música, cine o videojuegos)					

I. Diversidad corporal

Queremos conocer tu opinión sobre la situación de la diversidad corporal de las mujeres en nuestro país.

47. ¿Crees que se están llevando a cabo las iniciativas suficientes para lograr que las mujeres con distintas formas y tamaños corporales no se sientan infravaloradas o discriminadas desde los siguientes ámbitos?

	Sí, las necesarias (1)	Sí, bastantes (2)	Se hace algún esfuerzo, pero no suficiente (3)	No, ninguna (4)
1. Entorno educativo				
2. Entorno médico				
3. Entorno laboral				
4. Medios de comunicación				
5. Redes sociales				
6. Publicidad				
7. Mundo de la moda				
8. Administraciones públicas				
9. Industria audiovisual (música, cine o videojuegos)				

J. Transformaciones sociales.

La construcción social de los roles y estereotipos de género impactan en el desarrollo de las vidas de las niñas y mujeres, conduciendo, con mucha frecuencia, a la insatisfacción corporal y baja autoestima. Dichas condiciones sociales generan el caldo de cultivo adecuado para favorecer el desarrollo enfermedades, como los trastornos alimentarios en las mujeres jóvenes de nuestro país.

48. Señala aquellas intervenciones que consideras que podrían favorecer la presencia de una mejor relación de las mujeres con sus cuerpos y una mayor autoestima:

	Marca
1. Concienciación de la población general, sobre lo perjudiciales que resultan los estereotipos y roles de género tradicionales, para que también llegue esta visión a familias y entorno de las mujeres	
2. Trabajo de pensamiento crítico en la infancia y adolescencia sobre los contenidos que aparecen en los medios de comunicación o las redes sociales	
3. Información actualizada a colectivos de profesionales (medicina o educación) para que no se produzcan situaciones de desvalorización y de discriminación sobre el cuerpo de las mujeres	

49. Marca los colectivos de profesionales sobre los que habría que llevar a cabo dichas intervenciones.

	Marca
1. Salud	
2. Educación	
3. Medios de comunicación	
4. Redes sociales	
5. Publicidad	
6. Moda	
7. La Administración Pública	
8. Industria audiovisual (música, cine o videojuegos)	
9. Otra. Por favor, indica cuál _____	

50. ¿Crees que sería necesario llevar a cabo medidas de regulación, a través, de leyes o normativas?

Extremadamente necesarias (1) <i>Se pasa a la pregunta 51</i>	Muy necesarias (2) <i>Se pasa a la pregunta 51</i>	Algo necesarias (3) <i>Se pasa a la pregunta 51</i>	Ligeramente necesarias (4) <i>Se pasa a la pregunta 51</i>	Nada necesarias (5) <i>Se pasa a la pregunta 52</i>
--	---	--	---	--

51. Marca aquellas industrias sobre las que habría que regular.

	Marca
1. Publicidad	
2. Industria audiovisual (música, cine o videojuegos)	
3. Moda	
4. Belleza	
5. Alimentaria	
6. Farmacéutica	
7. Otra. Por favor, indica cuál _____	

52. ¿Crees que puede resultar útil educar a las mujeres con una perspectiva feminista para que sean conscientes de

dichas situaciones de infravaloración y discriminación sobre sus cuerpos que acaben repercutiendo en su insatisfacción corporal y su autoestima?

Extremadamente útil (1)	Muy útil (2)	Algo útil (3)	Ligeramente útil (4)	Nada útil (5)

53. Selecciona aquellos contenidos que consideras que se deberían de abordar para que las mujeres pudieran tener una imagen corporal más positiva de sí mismas en nuestra sociedad:

	Marca
1. Importancia de no hablar del cuerpo ni del aspecto físico de las mujeres sino de sus logros	
2. Presentación de mujeres por su trabajo (y no por su aspecto físico) en los medios de comunicación y redes sociales	
3. No asociar el éxito de una mujer con su peso corporal, su apariencia y/o su aspecto físico	
4. Representaciones de mujeres con diversidad corporal	
5. Desvincular la salud del peso y hablar de la existencia de salud en todas las tallas corporales	
6. Existencia de estigma del peso en profesionales de diferentes ámbitos en la sociedad	
7. Tomar conciencia de que el tamaño y la forma corporal no son controlables que, la genética juega un papel importante	
8. Asociación entre practicar dieta con peor salud mental (la dieta es clave en el inicio de los trastornos alimentarios, u otras enfermedades mentales como depresión o ansiedad en las mujeres)	
9. Fomentar el aprendizaje de habilidades y capacidades que permitan entender de forma crítica los mensajes vinculados a la imagen corporal de las mujeres (alfabetización mediática)	
10. Educación sobre redes sociales: los filtros sobre el aspecto físico en las redes sociales, el consumo de la realidad idealizada, las comparaciones con mujeres irreales y gurús con consejos perjudiciales para la salud (p. ej., la cultura del salutismo (estilos de vida saludables, que prima los supuestos logros en el ámbito de la salud por encima de cualquier otro tipo de recompensas y establece asociaciones entre salud y peso)	
11. La huella digital (determinados contenidos compartidos online no desaparecen) y ¿qué tipos de contenidos compartir?	
12. Educación nutricional en positivo. Dejando de lado el discurso del miedo a determinados alimentos	
13. El negocio del cuerpo que hay entorno a las inseguridades de las mujeres debido a su insatisfacción corporal (industria belleza, nutrición o "salud")	
14. Otra. Por favor, indica cuál _____	

MUCHAS GRACIAS POR TU TIEMPO Y TU AYUDA

Si quieres mantenerte informada de los resultados del estudio puedes inscribirte en este formulario y te avisaremos de la publicación del trabajo: <https://docs.google.com/forms/d/1dqDh0HuZ7ZDCoX26-kuAoZSp9a6dw9SOCn7rAtlvAU/edit>



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE POLÍTICAS
EQUIDAD GÉNERO
E IGUALDAD CONTRA LA VIOLENCIA
INSTITUTO DE LAS MUJERES