



FACULTADE DE MEDICINA
E ODONTOLOXÍA

TRABAJO FIN DE GRADO DE MEDICINA

TRASTORNOS ALIMENTARIOS: UNA PERSPECTIVA SOCIO-CULTURAL

Autor/a: Alba Goenaga Diéguez

Tutor/a: José Manuel Olivares Díez

Departamento: Psiquiatría (Hospital Álvaro Cunqueiro)

Curso académico: 2020-2021

Convocatoria: Junio

Trabajo de Fin de Grado presentado en la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidade de Santiago de Compostela para la obtención del Grado en Medicina

AGRADECIMIENTOS:

A mi tutor José Manuel Olivares, por aceptar la propuesta de este trabajo.

A Tania Rivera, investigadora en neurociencia del CHUVI, por guiar y ofrecer su ayuda.

A mi hermana, mi madre y mis compañeras Ana y Anaís, por ser referentes para todas nosotras.

A todas las mujeres que investigan para rellenar los vacíos que la ciencia ha ido dejando en relación a la problemática femenina.

“La ideología de la belleza es el último baluarte de las viejas ideologías femeninas y tiene el poder de controlar a mujeres que de otra manera se habrían hecho incontrolables”

Naomi Wolf (1962)

ÍNDICE:

1.	Resumen/Resumo/Abstract.....	1
2.	Introducción.....	3
2.1.	¿Que son los TCA?.....	3
2.2.	¿Qué es la imagen corporal?.....	4
2.3.	Influencia sociocultural.....	5
2.3.1.	Medios de comunicación de masas y la industria de la belleza	6
2.3.2.	Relaciones familiares, de amistad y amorosas.....	7
2.3.3.	Desarrollo puberal	8
2.3.4.	Clase social, nacionalidad y raza/etnia.....	8
2.3.5.	Comida, deporte, salud y culpa	9
2.3.6.	Plataformas “pro-Ana” y “pro-Mia”.....	10
2.3.7.	Pornografía.....	11
2.4.	Importancia del género y enfoques feministas.....	11
2.4.1.	Conceptualizando el género.....	12
2.4.2.	Los medios de comunicación y el “ideal de feminidad”.....	12
2.4.3.	Feminidad, androginia e imagen corporal	13
2.4.4.	Adolescencia, sexualidad y el culto a la juventud.....	14
2.5.	Utilidad de esta revisión.....	15
3.	Objetivos.....	16
4.	Metodología.....	17
4.1.	Estrategia de búsqueda, fuentes de información y criterios de inclusión.....	17
4.2.	Estudios seleccionados	17
5.	Resultados	19
5.1.	Diferenciación por géneros.....	19
5.1.1.	Mujeres y rol de género femenino	20
5.1.2.	Hombres y rol de género masculino.....	22
5.2.	Orientación sexual e identidad de género.....	22
5.2.1.	Hombres gays y bisexuales.....	23
5.2.2.	Mujeres lesbianas y bisexuales.....	24
5.2.3.	Disforia de género y transgénero.....	24
5.3.	Estándares culturales específicos.....	25
5.4.	Abuso sexual.....	26
5.5.	Adolescencia.....	28
5.5.1.	Factores de riesgo establecidos	28
5.5.2.	Medios de comunicación y publicidad.....	29
5.5.3.	Importancia de las redes sociales.....	30
5.5.4.	Enfoque de género.....	30
5.6.	Prevención.....	31
5.6.1.	Medidas preventivas específicas para mujeres.....	32
6.	Desarrollo y discusión	34
7.	Conclusiones.....	41
8.	Bibliografía.....	42

1. RESUMEN

Título de la revisión: Trastornos alimentarios: una perspectiva socio-cultural.

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un fenómeno de especial relevancia por su creciente prevalencia e instauración en nuevos grupos poblacionales. La compleja relación entre imagen corporal, autoestima, patrones estéticos y TCA obliga a realizar un abordaje holístico desde el ámbito médico, psicológico y antropológico, entre otros.

Los medios de comunicación y la industria de la belleza se constituyen como pilares fundamentales en la difusión del ideal estético y en la génesis de insatisfacción corporal (IC), por lo que será necesario analizar el papel de la familia y el entorno social cercano como agentes paliativos o de refuerzo. Del mismo modo, cobran gran relevancia factores como la edad, traumas vivenciales, orientación sexual, clase social, nacionalidad o raza, y sobre todo, el papel de los roles del género.

Por las características de desarrollo corporal y psicológico que se dan en la adolescencia, se establece como una etapa clave para implementar cribados y medidas preventivas con el fin de reducir la incidencia de esta patología.

Objetivo: Se pretende analizar cómo afecta el ideal de belleza a la conformación de la imagen corporal y el papel de los medios de comunicación, publicidad o redes sociales en la difusión de estos patrones. Se estudiará la influencia del género, orientación sexual, nacionalidad, raza o clase social, así como situaciones concretas como la disforia de género o abusos sexuales durante la infancia.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa a través de las bases de datos Pubmed, Cochrane Library, Scielo y Dialnet. Complementando el estudio con la lectura de “El mito de la belleza”, de Naomi Wolf.

Resultados: El género femenino se establece como factor de riesgo para la IC y TCA, sin embargo, a pesar de existir asociaciones entre rol de género masculino, insatisfacción muscular (IM) y el trastorno dismórfico muscular (TDM), no se han obtenido respuestas concluyentes.

Dentro de la comunidad LGTBI se establecen valores de IC y TCA muy elevados, especialmente entre hombres homosexuales e individuos con disforia de género, sobre todo entre mujeres trans. Cabe señalar que las mujeres lesbianas parecen presentar menores tasas de IC y TCA, pero es necesario realizar más estudios en este campo. Por otro lado, se ha descrito la existencia de estándares culturales específicos en relación al ideal de belleza, sin embargo, la tendencia es que el modelo estético occidental se imponga sobre otras culturas, afectando a diferentes grupos poblacionales independientemente del país, clase social o etnia.

Los abusos sexuales durante la adolescencia se han descrito como factores de riesgo para desarrollar un TCA, pero también se ha establecido un mayor riesgo de abusos entre pacientes con patología alimentaria, existiendo interacciones en ambas direcciones. Por último, la adolescencia se sitúa como una etapa clave en la etiopatogenia de los TCA, por lo que las medidas preventivas deberán ir dirigidas a este grupo etario.

Conclusiones: Debido a las relaciones establecidas entre TCA y los factores socioculturales antes mencionados, serán necesarios grandes cambios a nivel social para frenar el avance de los TCA. Será preciso empoderar a los individuos a través de la educación para que de este modo sean menos vulnerables ante la influencia de la industria de la belleza y la salud.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria; Imagen corporal; Género.

1.1. RESUMO:

Título da revisão: Trastornos alimentarios: unha perspectiva socio-cultural.

Introdución: Os trastornos da conduta alimentaria (TCA) constitúen un fenómeno de especial relevancia pola súa crecente incidencia e instauración en novos grupos da poboación. A complexa relación entre imaxe corporal, autoestima, patróns estéticos e TCA obriga a realizar unha abordaxe holística dende o ámbito médico, psicolóxico e antropolóxico, entre outros.

Os medios de comunicación e a industria da beleza constitúense coma pilares fundamentais na difusión do ideal estético e na xénese de insatisfacción corporal (IC), polo que será necesario analizar o papel da familia e o entorno social próximo como axentes paliativos ou de reforzo. Do mesmo xeito, cobran gran relevancia factores como a idade, traumas vivenciais, orientación sexual, clase social, nacionalidade ou raza, e sobre todo, o papel dos roles de xénero.

Polas características de desenvolvemento corporal e psicolóxico que se dan na adolescencia, establécese coma unha etapa chave para implementar cribados e medidas preventivas co fin de reducir a incidencia desta patoloxía.

Obxectivo: Preténdese analizar como afecta o ideal de beleza á conformación da imaxe corporal e o papel dos medios de comunicación, publicidade ou redes sociais na difusión destes patróns. Estudarase a influencia do xénero, orientación sexual, nacionalidade, raza ou clase social, así coma situacións concretas como a disforia de xénero ou abusos sexuais durante a infancia.

Metodoloxía: Realizouse unha revisión bibliográfica narrativa a través das bases de datos Pubmed, Cochrane Library, Scielo e Dialnet. Complementando o estudo ca lectura de “O mito de la beleza”, de Naomi Wolf.

Resultados: O xénero feminino establecece como factor de risco para a IC e TCA, sen embargo, a pesares de existir asociacións entre rol de xénero masculino, insatisfacción muscular (IM) e o trastorno dismórfico muscular (TDM), non se obtiveron respostas concluíntes.

Dentro da comunidade LGTBI establécense valores de IC e TCA moi elevados, especialmente entre homes homosexuais e individuos con disforia de xénero, sobre todo entre mulleres trans. Cabe sinalar que as mulleres lesbianas parecen presentar menores taxas de IC e TCA, pero é necesario realizar máis estudos neste campo. Por outro lado, describiuse a existencia de estándares culturais específicos en relación ao ideal de beleza, sen embargo, a tendencia é que o modelo estético occidental impónase sobre outras culturas, afectando a diferentes grupos da poboación independentemente do país, clase social ou etnia.

Os abusos sexuais durante a adolescencia descríbense coma factores de risco para desenvolver un TCA, pero tamén establecece un maior risco de abusos entre pacientes con patoloxía alimentaria, existindo interaccións en ambas direccións. Por último, a adolescencia sitúase coma unha etapa chave na etiopatoxenia dos TCA, polo que as medidas preventivas deberán ir dirixidas cara este grupo de idade.

Conclusións: Debido as relacións establecidas entre TCA e os factores socioculturais antes mencionados, serán necesarios grandes cambios a nivel social para frear o avance dos TCA. Será preciso empoderar aos individuos a través da educación para que deste xeito sexan menos vulnerables ante a influencia da industria da beleza e da saúde.

Palabras chave: Trastornos da conduta alimentaria; Imaxe corporal; Xénero.

1.2. ABSTRACT:

Systematic Review Title: Eating Disorders: a socio-cultural perspective.

Introduction: Eating Disorders (ED) are a very serious problem due to their rising prevalence and appearance in new groups of population. The complex relation between body image, self-esteem, beauty ideals and ED makes it necessary an holistic approach from the medical, psychological and anthropological areas, among others.

The mass media and the beauty industry become as a fundamental pillars in the dissemination of beauty ideals and the establishment of body dissatisfaction (BD). It is necessary to analyze the rol of family and peers as a paliative or enhancer agents. Similarly, factors as age, life traumas, sexual orientation, social class, nationality or race gain significance, and specially, gender roles.

Because of the characteristics of body and psychological developmental during adolescence, this is an ideal period for screening and preventive programmes in order to reduce the incidence of this pathology.

Objective: This study pretends to analyze the effect of beauty ideals in the creation of body image and the role of the mass media, publicity or social networks in the spread of esthetic standards. Analyze the influence of gender, sexual orientation, nationality, social class or race, as well as specific situations like gender dysphoria or sexual abuse during the childhood.

Methodology: A bibliographic review based on the medical literature through Pubmed, Cochrane Library, Scielo and Dialnet databases. Supplemented by “The beauty myth”, of Naomi Wolf.

Results: Female gender was established as a risk factor for BD and ED, however, in spite of the associations between male gender, muscle dissatisfaction and muscle dysmorphia, solid answers weren't found.

Within LGTBI community we detect high rates of BD and ED, specially between homosexual men and individuals with gender dysphoria, in particular trans women. It has to be noted that lesbian women seem to have less BD and ED rates, but more studies in this area are needed. In the other hand, we noticed specific beauty standards, however the trend is for occidental beauty model to impose on other cultures and affect population groups regardless of country, social class or ethnicity.

Sexual abuse during adolescence was described as a risk factor for ED, but higher rates of sexual abuse in ED patients was also stated, so we can see interactions in both directions. Finally, adolescence is a key stage in ED etiopathogenesis, so preventive measures should be focused on this age range.

Conclusions: Due to sociocultural factors and ED relations, great social changes will be needed in order to slow down the rise of ED. It is necessary to empower individuals through educational programmes as a way to be less vulnerable to beauty and health industry.

Key words: Eating disorders; Body image; Gender.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. ¿QUE SON LOS TCA?

Los TCA constituyen una serie de desórdenes en la conducta alimentaria de origen multifactorial, por lo que será necesario realizar un abordaje desde el punto de vista biopsicosocial para comprender tanto su etiología como para desarrollar nuevos programas preventivos y enfoques terapéuticos. Este tipo de trastornos han incrementado su prevalencia de manera exponencial en los últimos 50 años. Desde la década de los 80-90 la dispersión de los cánones de belleza a través de los medios de comunicación y más recientemente a través de las redes sociales, ha desembocado en una preocupación desmedida por alcanzar los patrones estéticos establecidos. Esta creciente obsesión, alimentada por la industria de la belleza y la moda, ha desencadenado una conflictiva relación con el propio cuerpo y, por consiguiente, con la relación con la comida.

Los TCA están modulados por gran cantidad de factores biológicos y sociológicos. Entre los agentes predisponentes para este tipo de patologías encontramos: experiencias vitales traumáticas, sobre todo en la infancia, trastornos de apego, referentes inestables o cambiantes, antecedentes psiquiátricos familiares (especialmente si la madre presenta un TCA), el género (con una tendencia marcadamente femenina), deseo de disminución de peso, insatisfacción con la imagen corporal, dificultad para entablar relaciones, estilos de afrontamiento evitativos, depresión (1)... etc. A lo largo de este estudio se irán analizando aquellos actores más influyentes en el desarrollo de un TCA, prestando especial atención a los mecanismos de difusión del ideal estético occidental y la relación con los roles de género.

Estudios realizados sobre la prevalencia de los TCA establecen cifras para Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno de Atracón (*Binge Eating Disorder*, BED) del 6, 1 y 2,8% respectivamente. La edad media de presentación se sitúa entre los 18-21 años, siendo la AN la más precoz, y la duración de los episodios varía entre 2 años en la AN y 7-8 años en la BN o BED (2). Cualquiera de los tres trastornos es entre 2 y 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres, siendo un 94% de las personas que sufren TCA mujeres entre 12-36 años según datos de la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia. Sin embargo, a pesar de que los hombres solamente representan un 25% de los individuos con AN y BN y un 36% de los BED, presentan tasas de mortalidad superior a las mujeres. Esta situación viene explicada por un diagnóstico más tardío en los hombres, en muchos casos debido a las creencias y estigmas populares por los cuales solo las mujeres presentan este tipo de trastornos (3).

Si nos centramos en la AN, se ha establecido que un 0,9-2% de las mujeres y un 0,1-0,3% de los hombres desarrollarán este tipo de TCA a lo largo de su vida, y establecen una prevalencia del 1.1-3% de anorexia nerviosa subclínica en chicas adolescentes (4). Así mismo, datos de la AED (*Academy of Eating Disorders*) apoyan que el riesgo de muerte prematura es de 6 a 12 veces mayor en mujeres con AN al ser comparadas con la población general (5).

Un dato alarmante es que los TCA en jóvenes se han relacionado con el desarrollo en la edad adulta de patologías psiquiátricas como desórdenes de ansiedad, depresión, abuso de drogas y comportamientos autolesivos(6). Además, dentro del espectro de las enfermedades mentales los TCA son los que más mortalidad presentan, siendo el suicidio una de las causas de mortalidad más prevalentes(2).

Según la clasificación del DSM-V, entre los TCA más frecuentes distinguimos(7):

- Trastorno Evitativo Restrictivo de la Ingesta: se define como un fracaso persistente a la hora de cubrir las necesidades nutritivas, asociándose a uno (o más) de las siguientes características: significativa pérdida de peso, deficiencia nutritiva grave, alimentación enteral, suplementos por vía oral o interferencia significativa en el plano psicosocial.
- Anorexia Nerviosa (AN): Se trata de una restricción en la ingesta que conduce a un peso inferior al mínimo normal según la edad, sexo, curso del desarrollo y salud física. Así mismo, se acompaña de un miedo intenso a la ganancia ponderal además de una alteración de la propia imagen corporal, sobreestimando la misma.
- Bulimia Nerviosa (BN): Se caracteriza por episodios recurrentes de atracones (ingesta de una gran cantidad de alimentos en un corto período de tiempo acompañado de sensación de falta de control)

seguidos de conductas compensatorias dirigidas a no ganar peso como son la provocación del vómito, el uso de laxantes o diuréticos, ayunar o entrenamiento físico intenso.

- Trastorno de Atracones o “*Binge Eating Disorder*” (BED): Se define por episodios recurrentes de atracones, del mismo modo que en la BN, caracterizados por ser ingestas más rápidas de lo normal, sensación desagradable de plenitud, ingesta ante la falta de hambre, asociación a sentimientos de vergüenza o culpa...etc. sin que estos episodios se vean acompañados de conductas compensatorias como en la BN.
- Otros Trastornos Específicos de la Alimentación y del Comer: en este grupo se engloban aquellos trastornos en relación a la conducta alimentaria que cumplen algunos de los criterios de la AN, BN o BEG pero que no se pueden englobar de manera clara en ninguno de ellos. Algunos ejemplos son la anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa de baja frecuencia y/o duración limitada, trastorno por purgas, síndrome de ingestión nocturna de alimentos... etc.
- Trastornos de la Alimentación o del Comer No Especificado: del mismo modo que en el apartado anterior, este grupo de trastornos no cumplen las características específicas para realizar un diagnóstico concreto. Esta categoría es utilizada en aquellos servicios médicos donde no es preciso (bien por falta de tiempo, bien por falta de información) filiar con exactitud la patología del paciente (como puede ser en el servicio de Urgencias)

2.2. ¿QUE ES LA IMAGEN CORPORAL?

Para definir el concepto de imagen corporal debemos abordarlo como un constructo complejo, fluido y dinámico que consta de tres dimensiones: perceptiva, cognitivo-afectiva y conductual.

- Perceptiva: “imagen mental que tenemos de nuestro propio cuerpo, tanto de manera global como de cada uno de sus componentes”(8). Por lo tanto se trata de una percepción subjetiva del tamaño y morfología de nuestro cuerpo; siendo este el motivo por el cual la autopercepción puede diferir en gran medida de la que el resto tiene sobre nosotros. Alteraciones en este plano dan lugar a infra o sobreestimaciones del propio cuerpo (como ocurre en la AN).
- Cognitivo-afectiva: engloba aquellos pensamientos y emociones que nos genera esta “imagen mental”. Cada persona establece un valor a las percepciones que hace sobre su propio cuerpo. Este valor se establece en relación a aquello que cada uno considera bello o feo, y en la mayoría de los casos esto viene definido por los cánones estéticos dominantes. Este proceso puede desencadenar emociones positivas o negativas, como ansiedad, orgullo, tristeza, culpa...etc., pero rara vez serán neutras ya que formamos parte de una cultura que otorga un gran valor al cuerpo y a la imagen.
- Conductual: incluye los comportamientos derivados del plano cognitivo-afectivo. Se establecen una serie de estrategias para afrontar los valores asignados a la imagen corporal que pueden ser adaptativas o beneficiosas, o bien desadaptativas o perjudiciales. Se trata de la parte más “visible” de la imagen corporal y en muchos casos la parte que perpetúa la insatisfacción a través de lo que en psicología se denomina profecía autocumplida(8): si uno mismo no se expone a situaciones que le generan cierto incomodidad seguirá evitándolas indefinidamente, ya que nunca va a recibir un estímulo que le haga cambiar de opinión. Del mismo modo, acabará por reafirmar estigmas sociales por los cuales personas con ciertas condiciones no quieren o no pueden participar en determinadas expresiones corporales o situaciones.

La imagen corporal comienza a construirse a edades tempranas (a los 2 años ya hay un reconocimiento de uno mismo frente al espejo), siendo esta conformación diferente según el género, raza/etnia, sexualidad, grado de discapacidad, clase social... etc. Es importante entender que la imagen corporal no es algo estático ni innato de la persona sino que se forma a lo largo de la infancia, adolescencia y primera juventud. Sin embargo, la imagen corporal puede variar a lo largo de toda la vida, incluso en períodos muy cortos de tiempo

(minutos), motivada por cambios evolutivos (propios de la persona) o intervenciones externas (como son los medios de comunicación con sus ideales de belleza o programas educativos para reinterpretar la percepción del cuerpo). Así mismo es importante entender que los individuos no son objetos pasivos sobre los que actúan estímulos externos, variando inevitablemente la imagen corporal sin que el sujeto pueda ejercer control alguno sobre la misma. Se ha visto que programas educativos y de empoderamiento otorgan las herramientas necesarias para lidiar con los factores externos y que estos no jueguen un papel decisivo en la imagen corporal(8).

Lo más relevante de la percepción sobre uno mismo es que está íntimamente ligada a nuestra autoestima y va a ser la que module el vínculo con nuestro cuerpo y el de otros, además de la relación con la comida. Desregulaciones entre estos eslabones no tienen por qué desembocar en una patología severa como la AN o la BN, sino que pueden manifestarse dentro de un amplio espectro donde los sentimientos de aversión hacia el propio cuerpo y alteraciones emocionales con la comida suelen estar presentes. Varios estudios hablan de que hasta un 80% de las mujeres jóvenes sanas presentan desagrado hacia su cuerpo en un grado variable(9).

Es importante entender que los aprendizajes vivenciales y socioculturales que transcurren ligados a una gran activación emocional se encuentran entre los tipos de aprendizaje más potentes que existen, por lo tanto, experiencias emocionales en relación a nuestro cuerpo y al de los demás serán difícilmente modificables. Estas experiencias se almacenan como parte de nuestro código de conducta (qué está bien y qué no, qué es bello y qué no...), por ejemplo, si una persona recibe constantemente mensajes sobre los ideales estéticos y al intentar adecuarse a ellos (comprando ropa, realizando dietas, haciendo ejercicio...) no es capaz de conseguirlo, probablemente acabará sintiendo una gran insatisfacción y aprenderá a menospreciar su cuerpo.

Todos estos aprendizajes no solo modulan la relación con nuestra propia imagen sino que condicionan el modo en el que entendemos el entorno. Un ejemplo de esto es la manera en la que la sociedad ve a una persona que no entra en el patrón estético, siendo el paradigma las personas leídas como “gordas”. Estos sujetos no son percibidos simplemente como individuos con ciertas características, sino que esa imagen se correlaciona directamente con una serie de significados aprendidos (fealdad, descuido, desvalorización...) que se acompañan a su vez de reacciones emocionales específicas (desprecio, asco, rabia...). Por otra parte, la persona leída como “gorda” tendrá también sentimientos de culpa y autodesprecio, que en un alto porcentaje derivan en un baja autoestima e IC, con una mayor probabilidad de TCA y conductas autolíticas(8).

En relación a la distorsión de la imagen corporal y los TCA es importante aclarar que dicha distorsión puede estar presente o no en la patología alimentaria, y en el caso de coexistir, puede variar su severidad desde trastornos leves a severos. Según estudios de Rosa Behar, “la magnitud de la distorsión se relaciona directamente con el nivel de la restricción alimentaria, con la gravedad de la condición y la intensidad de la negación de la misma. Posee un valor predictor del pronóstico y representa una condición de recuperabilidad en el desenlace de las patologías alimentarias”(10). Sin embargo, a pesar de que el componente perceptivo (distorsión) es de gran relevancia en los TCA, se ha visto que el componente afectivo (insatisfacción corporal) es el más relevante y por tanto, la diana terapéutica de mayor peso.

Las intervenciones para mejorar la imagen corporal a través de la realización de cambios en el propio cuerpo no han demostrado eficacia alguna, por el contrario, aquellas terapias dirigidas a modificar los componentes psicológicos de la imagen corporal (y en concreta la insatisfacción) son las únicas con resultados a corto y largo plazo. Por este motivo, programas preventivos y terapias cognitivo conductuales han resultado ser muy positivas a la hora de reestablecer la relación con el propio cuerpo, siendo en definitiva, herramientas de empoderamiento sociopolítico(11).

2.3. INFLUENCIA SOCIOCULTURAL

Históricamente se ha intentado estudiar los TCA dejando de lado un aspecto fundamental: el cuerpo es en sí mismo un mediador cultural, por lo que es inevitable que sobre él actúen fenómenos culturales y sociológicos. Para llegar a desarrollar programas de prevención y detección temprana o bien establecer nuevos enfoques terapéuticos será necesario contextualizar este tipo de patologías desde un punto de vista holístico e integral. Partiendo de la base de que los TCA son patologías de origen multifactorial, dicha visión deberá apoyarse en ciencias como la biomedicina, la psicología o la antropología entre otras, para analizar cuestiones tales como la predisposición biológica, rasgos de la personalidad, marcos culturales y sociales

para la construcción de la sexualidad, ideales de belleza, roles de género, relaciones familiares y de amistad... y un largo etc.

Será fundamental analizar cómo internalizamos el ideal estético sociocultural y las consecuencias a la hora de relacionarnos con nuestro cuerpo y el de los demás. Entender cómo ha influido el incremento de las condiciones socioeconómicas en los países posindustrializados, analizando las interacciones entre el aumento de las tasas de obesidad y una presión estética cada vez mayor de la mano de medios de comunicación de masas o redes sociales. Examinar las consecuencias de que el canon de belleza se haya establecido como símbolo de status social (éxito personal y profesional, poder, valor...) y no adecuarse a él sea sinónimo de fracaso (enfermedad, fealdad, incapacidad...), de tal manera que hoy en día “ser delgado/a” se ha establecido como equivalente de modernidad, competencia y autosuficiencia(10). Teniendo en cuenta estos hechos y analizando la dependencia entre atractivo físico y autoestima, podremos comprender de qué manera los cánones de belleza pueden llegar a influir en el desarrollo y el bienestar de las personas.

A continuación se analizarán aquellos factores sociales y culturales que influyen en la génesis de la imagen corporal y, por lo tanto, en la posibilidad de desarrollar un TCA. Ross A. Thompson estableció en 1999 el modelo de la Triple Influencia(12) para explicar el origen sociocultural de los TCA: medios de comunicación, familia y entorno social próximo; sin embargo, hay muchos otros factores que juegan un papel importante.

2.3.1. Medios de comunicación de masas y la industria de la belleza

Desde principios del siglo XX la publicidad ha ido cobrando más y más relevancia a la hora de expandir ciertas creencias o ideologías. A medida que han ido apareciendo herramientas visuales como periódicos, revistas, televisión u ordenadores, la cultura de la imagen ha ido acumulando un enorme peso en la vida de las personas. Si sumamos la incansable expansión de los cánones de belleza a un sistema capitalista donde se nos alienta a consumir como máxima vital, encontramos una sociedad en la que las personas creen tener las herramientas necesarias para modificar su cuerpo y encajar en los patrones que la propia industria establece previamente.

La publicidad establece una dicotomía entre lo que es o no aceptable, lo que es considerado bello o feo, los límites entre la gordura y la delgadez, lo que está de moda y lo obsoleto, lo femenino y lo masculino... y esta evaluación constante del aspecto físico relega a un segundo plano otros ámbitos personales como la espiritualidad o el desarrollo intelectual, dejando a las personas todavía más vulnerables ante el ideal de belleza. Si se educa bajo la idea de que el aspecto físico es más importante que cultivar otros aspectos de la personalidad, el autoestima se sustentará única y exclusivamente en la imagen corporal. Teniendo en cuenta que el ideal de belleza varía a lo largo del tiempo y las metas son inalcanzables para la mayoría de las personas, estamos generando inevitablemente una sociedad insatisfecha e insegura.

El mercado que gira en torno a la belleza y la moda se nutre de los anhelos de las personas por alcanzar los patrones estéticos. La industria dietética y cosmética, la ropa, las cirugías estéticas, los gimnasios y preparadores físicos, los nutricionistas... todos venden el mismo mensaje: “con este producto puedes cambiar tu cuerpo”. A día de hoy sabemos que un alto porcentaje de los factores que controlan el peso son genéticos (aprox. 80%), por lo que las posibilidades de generar cambios mediante dietas, ejercicio u otras prácticas son limitadas(13). Sin embargo, la industria de la belleza y la moda se ha encargado de extender la creencia de que con esfuerzo cualquier cuerpo puede ser modificado, creando de esta manera un negocio que se autoperpetúa indefinidamente: las personas seguirán creyendo que pueden (y deben) modificar sus cuerpos, pero nunca van a conseguir estar completamente satisfechas con él, por lo que la búsqueda será eterna y las ganancias también.

En 1969 se acuñó la Teoría del Cultivo(14) que establece que la internalización de los mensajes de los medios tiene efecto acumulativos sobre la percepción de la realidad, por lo que a mayor exposición al ideal de belleza, mayor internalización de esa meta como posible. En esta línea, Garner y Garfinkel (15) confirmaron la contribución de la publicidad y el ideal de belleza al desarrollo de los TCA por establecer modelos identificatorios inalcanzables para la población. Cuando se analizan las diferencias en la influencia que ejercen los medios según el género encontramos datos como los que aportan Silverstein et al. (16) al analizar las características de los hombres y mujeres que salían en televisión. Observaron que un 69% de las mujeres estaban clasificadas como “muy delgadas” y solo el 17,5 % de los hombres, por el contrario, la

presencia de personas obesas era de un 25,5% de hombres y solo un 5% mujeres. En cuanto a la edad, un 35% de las mujeres tenían menos de 26 años mientras que solo el 16% de los hombres estaban por debajo de esta cifra.

En la misma línea, un estudio español en los años 90 analizó diez revista influyentes en ese momento estableciendo que un cuarto de los anuncios incitaba a perder peso(17). Así mismo, estudios sobre el peso y talla de las modelos en concursos como Miss América, seguido por 10 millones de espectadores cada año, revelaron que hasta un 20% de las participantes se encuentran en percentiles patológicamente bajos, además de que la tendencia a bajar el peso es cada vez mayor (un 12% más delgadas y un 2% más altas en los últimos años)(18), presentando la mayoría de las modelos por lo menos una de las características necesarias para diagnosticar un TCA(19). Apoyando esta última investigación, un estudio con participantes de concursos de belleza(20) mostró que un 26% percibían que tenían un TCA y situaban el inicio a los 16 años, relacionando el comienzo con el momentos en el que entraron en el mundo de los concursos de belleza. Además, casi la mitad querían estar más delgadas, y un 57% estaban tratando de perder peso. Por lo tanto vemos una clara predisposición de los medios a prestar más atención y ser más estrictos en cuanto a la estética femenina.

Estos son solo algunos ejemplo de cómo los medios de comunicación y la publicidad envían mensajes de maneras más o menos explícitas sobre qué es considerado un hombre o un mujer atractivos y exitosos, y en esa realidad nos educamos y conformamos nuestra propia identidad.

2.3.2. Relaciones familiares, de amistad y amorosas

En muchos casos, la interiorización del ideal de delgadez viene reforzado por la educación que la familia ofrece de una manera más o menos formal. La restricción alimentaria o el rechazo al sobrepeso a través de comentarios despectivos sobre la gordura, intensifican el mensaje transmitido a través de otros medios sobre la importancia de atenerse a los patrones estéticos y fortalecen el miedo a no encajar en los mismos, ya que el rechazo llega directamente del entorno más cercano. Se ha analizado la relación entre la IC de las figuras paternas y la de sus hijos, concluyendo que la incomodidad con sus cuerpos se transmite de manera educacional a los descendientes(21). Concretamente, la presión ejercida por la figura materna para bajar de peso es el factor predictivo más importante de IC en ambos sexos, e incrementa en gran medida la posibilidad de desarrollar conductas alimentarias, deportivas o de otro tipo para alcanzar el cuerpo deseado(22). Por último, se ha comprobado que tanto los bajos niveles de expresividad y comunicación familiar(23) como la falta de apoyo por parte de las figuras paternal(24), están directamente relacionados con la IC y por tanto con la posibilidad de desarrollar conductas alimentarias dañinas.

Cabe destacar que una vez instaurado un TCA, la terapia familiar donde se involucra a todos los miembros en el proceso asistencial del paciente, se presenta como una parte crítica en el manejo de los adolescentes con TCA, siendo el Gold estándar para la AN y BN(25).

En segundo lugar, la influencia de las amistades cobra especial relevancia durante la etapa adolescente. En esta fase de la vida, donde la personalidad todavía no está conformada y la opinión ajena adquiere un peso mucho mayor que en otras etapas, reforzar el ideal de belleza o exacerbar los “defectos” de una persona pueden ser factores tanto o más influyentes que la educación familiar. Se ha analizado el impacto de conversaciones entre amigos sobre la apariencia corporal y el deseo de cambiarla que reciben un feedback positivo (alentando a la pérdida ponderal o apoyando iniciativas de control del peso), concluyendo que se trata de un factor de riesgo para desenvolver estrategias modificadoras de la imagen(26). Así mismo, comentarios negativos de compañeros sobre la imagen corporal no solo suponen un factor de riesgo para la IC si no que tienen consecuencias a largo plazo en el autoconcepto y las relaciones interpersonales(27). Varios estudios realizados en chicas adolescentes afirman que existe una clara relación entre las burlas/bullying y los TCA, de tal manera que cuanto mayor sea el refuerzo negativo que reciben, mayor será el grado de IC(28).

Por último, si nos centramos en la influencia de las relaciones amorosas en la imagen corporal, algunos estudios sugieren que las chicas adolescentes en una relación romántica están más predispuestas a realizar cambios en su cuerpo a través de la dieta o el ejercicio(29), sin embargo otros estudios sugieren que las relaciones románticas durante la adolescencia pueden jugar un rol positivo en la conformación de la imagen corporal(30). En la edad adulta, y en concreto en relaciones homosexuales entre mujeres, se han visto mayores niveles de confort con sus cuerpos en relación al atractivo sexual, con menor internalización de los cánones de belleza(10). Por lo tanto parece indiscutible la necesidad de analizar las diferencias entre interacciones con parejas de uno u otro género.

2.3.3. Desarrollo puberal

La adolescencia reúne una serie de características que la convierten en un período íntimamente relacionado con la construcción de la imagen corporal y el desarrollo de conductas alimentarias anómalas, con cifras de AN de un 1% en adolescentes y adultos jóvenes, y un 3% de BN en este grupo de edad(31).

En la pubertad se acentúa más que en ninguna otra etapa la necesidad de pertenencia y aceptación por el grupo, por lo que encajar dentro de los cánones establecidos se vuelve un requisito casi indispensable para conseguir este objetivo. Así mismo, los cambios corporales que acompañan a esta etapa son muchos y muy floridos. La ganancia ponderal, la aparición de acné, el desarrollo de caracteres sexuales secundarios... etc., pueden suponer una situación de riesgo para la presentación de baja autoestima e IC (cuanto más tempranos sean estos cambios, mayor probabilidad de que ocurra). A lo largo de la adolescencia, pero también en la edad adulta, las personas catalogadas como “atractivas” tiene más popularidad, son más deseables, equilibradas y exitosas laboral o académicamente. La razón principal es que reciben un refuerzo positivo del entorno, lo que ayuda a construir un autoconcepto mucho más provechoso y estructurado, y establecer relaciones con uno mismo y con los demás mucho más funcionales(10).

Es importante destacar que aquellos grupos de riesgo como pueden ser bailarines, deportistas de competición, modelos... etc., están sometidos a una presión superior, ya que las exigencias por adaptarse al patrón estético son mucho más explícitas que para el resto de adolescentes de su misma edad. De esta manera se establecen como grupos con gran IC y prevalencia de TCA.

La adolescencia se trata de una etapa clave para analizar aquellos factores que intervienen en el desarrollo de los TCA, pero también será la etapa diana de programas preventivos y de concienciación, por lo que se analizará con más profundidad en apartados posteriores.

2.3.4. Clase social, nacionalidad y raza/etnia

Aunque en inicio podíamos hablar de una patología occidental y de países posindustrializados, los estereotipos estéticos suelen extenderse de arriba a abajo (de clases altas a bajas o de países más desarrollados a menos), por este motivo hoy en día clasificamos los TCA como un fenómeno de gran expansión.

La globalización, de la mano del capitalismo, ha conseguido propagar el ideal de belleza y la necesidad de alcanzarlo a través de diferentes herramientas adaptadas a cada contexto socioeconómico. La migración de personas de Occidente a otras culturas o bien la integración de otras poblaciones en la occidental acaba por englobar a todos bajo el paraguas de los cánones de belleza de Occidente. Un buen ejemplo de esta realidad es la situación de los TCA en Japón: a medida que la economía prospera y crece la influencia de Occidente, los TCA se han vuelto más y más prevalentes. Lo mismo ha ocurrido en China, donde algunos estudiosos califican este fenómeno de “síndrome del cambio cultural”(32) o en Fiji, donde se demostró que la llegada de los medios de comunicación como televisión o películas incluyó negativamente en la imagen corporal de los adolescentes(33).

En países posindustrializados la prevalencia de obesidad es mayor en estratos más bajos, y la delgadez es más prevalente en los altos, exactamente lo contrario que pasaba hace cien años cuando la clase alta era la única que podía acceder a una alimentación completa. Por lo tanto, se plantea que el grado de urbanización se relaciona con un incremento del riesgo de TCA, no solo por un mayor sedentarismo, altas tasas de obesidad y una exposición superior al ideal de belleza, sino también por un mayor poder económico y acceso a nutricionistas, gimnasios, tiendas de cosméticos... etc. En relación a esto, Cafri et al.(34) afirmaron que los factores socioculturales influyen en las percepciones sobre el propio cuerpo y pueden generar insatisfacción, sobre todo en culturas occidentales. Por lo tanto, cambios socioeconómicos que se acompañan de variaciones en el patrón de consumo, como puede ser la adquisición de productos de belleza o para la mejora de la salud, pueden generar IC y la idea de que solo a través de estos artículos se alcanzará el ideal de éxito personal establecido por el propio mercado.

Por otra parte, la idea de que los TCA solo afectan a mujeres blancas del primer mundo es completamente errónea. Gilligan et al.(35) sostienen que las influencia cultural y el estatus socioeconómico influyen en el proceso de sometimiento y silenciamiento de las mujeres. De este modo, chicas con buena situación socioeconómica acaban por ceder ante la presión ejercida por la cultura dominante, ya que saben de un modo más o menos explícito que su estatus social está íntimamente ligada a la adecuación a esas normas establecidas. Por el contrario, chicas con una peor situación socioeconómica suelen estar más aisladas y sin

un apoyo real, lo que provoca que también acaben cediendo ante las imposiciones culturales con el objetivo de no añadir más obstáculos a su desarrollo personal. Por lo tanto, independientemente del estatus o educación, existen diferentes mecanismos que desembocan en una misma realidad. Prueba de ello son estudios como el realizado con estudiantes universitarias de Colombia donde se concluyó que la prevalencia de TCA era muy similar a los datos previos en países desarrollados(36). De esta manera ha quedado demostrado que la incidencia de casos tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo se ha visto incrementada en los últimos años, independientemente del estatus social, educación o etnia.

Más adelante se analizará la influencia cultural específica en los cánones de belleza y su relación con la imagen corporal y la IC.

2.3.5. Comida, deporte, salud y culpa.

Tras analizar la relación entre medios de comunicación, imagen corporal y conductas alimentarias, es importante analizar el papel que juega la culpa en todo este entramado. Como se explica anteriormente, aquellos cuerpos que no entran en los patrones estéticos se correlacionan directamente con conceptos como fealdad, fracaso, disfuncionalidad o desagrado, y en muchos casos, con la culpabilidad. Como ya se dijo, la industria de la belleza vende la idea de que cualquiera puede alcanzar el ideal con esfuerzo, por este motivo el no conseguirlo será leído como síntoma de vagancia o desprecio por el propio cuerpo, culpando a la persona por no encajar en el modelo de belleza. Ya que crecemos y socializamos bajo estas reglas de imagen asumimos esa culpa como propia, y comenzamos a construir una compleja red entre comida, imagen corporal, sometimiento, renuncia a los placeres, disciplina... etc., valores que podrían catalogarse como cuasi religiosos. Es precisamente en este bucle de insatisfacción, ansiedad e incapacidad para el autocontrol en el que encontramos la explicación a estudios como el de Polivy y Herman(37) en el que se establece una correlación entre la restricción y el control de la comida con un mayor consumo de alimentos, trastornos por atracón y ganancia ponderal. Así mismo, si analizamos el rol que juega la comida dentro de las relaciones sociales observamos que en una gran parte de las culturas presenta un papel central, ya sea como núcleo en las reuniones, a través de eventos gastronómicos, como representación simbólica de prestigio o estatus... etc. Por lo tanto, aquellas personas que tengan una relación conflictiva con la misma encontrarán retos constantemente al tratarse de un ingrediente fundamental para la socialización.

El deporte también representa otro pilar dentro de toda esta trama. Lejos de negar que la actividad física es algo imprescindible para la calidad de vida de una persona, en muchos casos puede ser entendido como una vía compensatoria a una mala alimentación, como un castigo o incluso una necesidad, donde no hacer deporte podría suponer otra de las vías que desemboca en sentimientos de culpa e insatisfacción personal.

Una vez más, la relación entre roles de género e ideal estético también influye en las prácticas deportivas realizadas por mujeres y hombres. Ellas acostumbran a realizar deportes que favorecen la delgadez (correr, gimnasia o danza), siempre enfocadas a tonificar aquellas partes del cuerpo más asociadas a la feminidad como son las piernas o los glúteos, mientras que los hombres practican actividades que aumentan el tamaño y la fuerza muscular (fútbol, remo o fisiculturismo), mucho más centradas en el tren superior(38). Del mismo modo, las motivaciones también cambian: mientras que las mujeres realizan ejercicio físico individual para modelar su figura, los hombres valoran en mayor medida el aspecto lúdico y competitivo del ejercicio, realizando más actividades en equipo(39).

Paralelamente debemos analizar con detalle el concepto de "salud". ¿Se trata de algo objetivo o responde una vez más a intereses económicos de la industria? Tanto la salud como el bienestar son utilizados por la industria alimentaria como reclamos publicitarios, entrelazando indistinguiblemente productos destinados a adelgazar o conseguir un cuerpo musculado y productos con una composición más o menos saludable. De esta manera, se ha establecido una economía en torno al concepto de bienestar, constituyendo una potente asociación entre delgadez y salud.

Esta realidad ha desembocado en lo que se conoce como "consumo de salud"(40): alimentos bajos en calorías, ropa deportiva, productos cosméticos y de belleza, artículos para adelgazar... etc., siempre amparados bajo una supuesta preocupación por la salud de las personas. Esta situación provoca que el bienestar físico y mental se hayan convertido en una obligación, un requisito más para conseguir el modelo de éxito personal que nos vende la industria. Sin embargo, cabe destacar lo contradictoria que resulta esta supuesta preocupación por la salud de las personas, ya que el propio mercado genera inseguridades y ofrece

soluciones, asegurándose de este modo una clientela fija. Un claro ejemplo es el consumo de tabaco: a pesar de estar extensamente comprobados los efectos nocivos sobre la salud de las personas, sigue siendo una alternativa para la gestión del estrés o la ansiedad, e incluso como mecanismo de adelgazamiento. No son infrecuentes las imágenes en el cine o televisión de mujeres sometidas a gran presión estética (como pueden ser bailarinas o modelos) que utilizan el tabaco como mecanismo para “matar el hambre”. De igual manera ocurre con las dietas o productos milagrosos para adelgazar que tras un tiempo acaban eliminándose por tener efectos negativos.

A pesar de que la relación entre sobrepeso/obesidad y determinadas alteraciones en la salud es indiscutible, la industria establece un umbral mucho más bajo para lo que socialmente se entiende por sobrepeso, extendiendo la creencia de que una persona sana solamente es aquella que entra en los patrones estéticos. Por este motivo, a los adjetivos antes citados en relación a las personas socialmente entendidas como “gordas”, añadiremos las ideas de “enfermedad” e “insalubridad”.

2.3.6. Plataformas “pro-Ana” y “pro-Mia”

Se trata de comunidades creadas en Internet a través de páginas webs, blogs o grupos de WhatsApp que promueven conductas anoréxicas (“pro-Ana”) o bulímicas (“pro-Mia”) como un estilo de vida alternativo. Este tipo de espacios alegan que dan a las personas anoréxicas o bulímicas un lugar donde sentirse comprendidas y no juzgadas, aunque de esta manera disminuyan sus probabilidades de curación. Estas páginas ofrecen consejos para permanecer anoréxicos, ocultarlo ante familiares y amigos o engañar al hambre. Proporcionan herramientas como tablas calóricas para llevar un conteo exhaustivo de las calorías ingeridas y generan lemas para convencer de que no están llevando a cabo conductas insanas, entre ellos: “nada sabe tan rico como estar delgada” o “cada kilo perdido es un sueño logrado”.

Dentro de los consejos ofrecidos en estas páginas encontramos estrategias para reducir paulatinamente la cantidad de comida ingerida, estableciendo objetivos de 500 calorías diarias, bajo lemas como “hay que acostumbrarse a cerrar la boca” o “nunca jamás repitas plato”. Del mismo modo advierten sobre la falta de atención mientras se come o sugieren la utilización de platos en vez de recipientes donde no se pueda apreciar la cantidad de comida. Animan a tomar grandes cantidades de agua con las comidas, hacerse vegetariano, realizar ejercicio un mínimo de 30 min al día, dejarse el pelo largo para dar sensación de delgadez, observar a otras personas comer, especialmente a las personas con sobrepeso, y no confiar nunca en la imagen que proyecta el espejo.

Estas plataformas aconsejan no contar nunca a familiares o amigos que se forma parte de la comunidad Ana o Mia, alegando que nadie fuera del colectivo comprende los métodos drásticos que se usan para ser “perfectas”. De este modo, muestran trucos para engañar a los familiares tales como escupir la comida en una servilleta o en un vaso oscuro, ir al baño con la boca llena o entremezclar la comida en el plato.

Igualmente, promocionan el ayuno y ofrecen “tips” para no ingerir alimentos entre horas como tomar agua, té o café, e incluso masticar hielo. Favorecen el uso de laxantes y diuréticos de forma mantenida, así como el consumo de tabaco o chicles sin azúcar para lidiar con la ansiedad. Encontramos mensajes como “si traiciono a Ana, Mia me perdonará”, evidenciando las frecuentes interrelaciones entre anorexia y bulimia, o “¿qué prefieres, ser una persona obesa o una persona delgada con autocontrol?”, que reflejan la fobia a la gordura que tienen este tipo de pacientes, la distorsión de la propia imagen corporal y la difusión de la idea de que con esfuerzo y voluntad se puede alcanzar la “perfección” (entendida como delgadez extrema).

Dentro de los términos creados en estas plataformas destacan los siguientes: “Ana” (persona con anorexia), “Mia” (persona con bulimia), “thinspiration” (personalidades públicas que las integrantes han iconizado y sirven como modelos a seguir), “reverse thinspiration” o “montruolandia” (imágenes de personas obesas o con sobrepeso como modelos opuestos a sus ideales, acompañados de mensajes denigrantes y de odio), “wannabes” (del inglés “want to be”: personas que quieren ser anoréxicas pero todavía no lo son), “princesas” (aquellas que alcanzan la delgadez extrema y representan el objetivo del colectivo), “self-injury” (conductas autolesivas, muy frecuentes en este grupo de población) o “purgarse” (vomitar)(10).

En un estudio realizado por Wilson et al. en pacientes diagnosticadas con algún tipo de TCA cuantificaron que un 36% habían formado parte de la comunidad “pro-Ana/Mia”, donde un 96% habían adquirido conocimientos y técnicas para adelgazar(41). Estos datos revelan la problemática que implican este tipo de plataformas, ya que a día de hoy Internet es una fuente esencial de consulta desde edades muy tempranas. El acceso a estos contenido puede suponer un antes y un después en la evolución de muchos de

los pacientes con TCA, ya que sentirse identificado y representado puede ayudar a superar el proceso, pero no si esto ocurre a través de la normalización y la legitimación de este tipo de conductas.

Muchas organización se han posicionado frontalmente en contra de estas páginas, y a pesar de que ya se han eliminado muchas de estas cuentas, mensajes “pro-Ana/Mia” siguen inundando las redes de maneras más o menos explícitas.

2.3.7. Pornografía

La pornografía representa en nuestra sociedad uno de los pilares más sólidos para la educación sexual no formal desde edades cada vez más tempranas. Se trata de uno de los sectores más influyentes a la hora de modelar los gustos y deseos sexuales de las personas, reduciendo las expectativas sexuales de la población a aquellas que muestra la pornografía y estableciendo lo que deben o no ser las relaciones sexuales.

Además de la extensa problemática en relación a prácticas sexuales de riesgo, conductas profundamente violentas o la invisibilización del placer femenino, el mundo de la pornografía no difiere de la publicidad o medios de comunicación en cuanto a la falta de representatividad de cuerpos diversos. Una vez que los cánones estéticos instauran los límites entre qué es atractivo o deseable y qué no, la pornografía se encarga de transmitirlo de la manera más eficaz posible: estableciendo una fuerte asociación entre perfección física y acceso al sexo.

Datos del año 2020 sobre el consumo de pornografía en España sugieren que el primer contacto ocurre a la edad de 8 años, haciéndose consumidores 1 de cada 4 varones antes de los 13. Así mismo, la edad media de inicio de consumo es a los 14 años para los hombres y a los 16 para las mujeres(42). Este contacto con la pornografía a edades tan tempranas, en las que la imagen corporal está todavía conformándose, supone uno de los mecanismos más potentes para la incorporación del ideal estético.

La falta de educación sexual, la escasa representación de cuerpos diversos y la inmadurez emocional propia de edades tan tempranas provoca una asociación inevitable entre delgadez, atractivo, sexo y poder. Siendo una conexión que establecemos a edades muy precoces y que se vuelve prácticamente imposible de romper con el paso de los años.

2.4. IMPORTANCIA DEL GÉNERO Y ENFOQUES FEMINISTAS

Hasta este momentos se han analizado los factores socioculturales aplicables a toda la población, sin embargo, hay una problemática concreta en cuanto a los TCA y el género femenino que se ve reflejada en la mayor prevalencia de casos en este sector. Intervenciones preventivas enfocadas a reducir el impacto de la industria de la belleza y la moda en mujeres son más efectivas que en sus homólogos masculinos, lo que a priori sugiere que el género femenino es un factor de riesgo para el desarrollo de IC y TCA.

Cuando hablamos de género femenino debemos analizar el código de conducta, rol, atributos y expectativas que acompañan a esta etiqueta, a lo que en conjunto llamaremos “feminidad”. Por lo tanto, es importante entender los TCA en mujeres como una problemática social específica, sustentada por un entramado cultural muy bien conformado, y no como trastornos individuales y aislados los unos de los otros.

2.4.1. Conceptualizando el género

Primeramente debemos puntualizar la diferencia entre sexo, género y roles de género. Por una parte, el sexo se entiende como aquella condición biológica, definida por los genitales externos, órganos internos, caracteres sexuales secundarios, perfil hormonal...etc. que divide a las personas en hombres y mujeres (con excepciones como los hermafroditas o intersexuales). Por otra parte, el género engloba todas aquellas características que la sociedad asigna como masculinas (pertenecientes al sexo “hombre”) y femeninas (pertenecientes al sexo “mujer”). Por último, los roles de género han sido definidos como “comportamiento, expectativas y conjunto de roles definidos por la sociedad como masculinos o femeninos los cuales están representados en el comportamiento de hombres y mujeres (según su sexo biológico), culturalmente considerados apropiados para hombres y mujeres (según su género)”(43).

Al contrario que la perspectiva del determinismo biológico por el cual los roles sexuales son rígidos y vienen definidos a través de propiedades físicas o capacidades ligadas al sexo biológico tales como inteligencia, lateralización cerebral, niveles hormonales.. etc.; la perspectiva sociocultural afirma que los roles de género no son innatos sino que se desarrollan en un ambiente cultural específico y son perpetuados a medida que un individuo es socializado dentro de una comunidad. Igualmente se postula que no son inamovibles si no que atienden a normas y comportamientos que la sociedad asigna como “normales” en un determinado momento histórico(44).

Si bien los TCA deben ser analizados desde una perspectiva de género, es importante poner en entredicho al “género” como tal. Ya en el año 1990, Judith Butler introduce la idea del no binarismo y el género como un continuo por el que las personas podrían ir fluctuando a lo largo de la vida. Puede ser conflictivo homogeneizar las categorías del género (hombre/mujer) ya que muchas minorías no quedarían recogidas bajo esta clasificación o quedarían mal recogidas. Sin embargo, la mayoría de los estudios realizados, aún desde una perspectiva de género, son en mujeres blancas cisgénero dentro de un esquema heterosexual, por lo tanto partimos de un gran sesgo.

Al intentar no caer en el binarismo hombre/mujer, surge la problemática de cómo clasificar y trabajar con estos pacientes. Es innegable que la construcción de la masculinidad y la femineidad son factores que influyen en el desarrollo de los TCA, y aunque queramos romper con esa dicotomía del género, lo cierto es que estamos analizando pacientes socializados a través de la misma, por lo que obviarla no parece una opción. Será necesaria una profunda reflexión sobre los parámetros a tener en cuenta en los diferentes grupos de análisis, ampliando nuestro abanico de clasificación y teniendo en cuenta otras minorías como por ejemplo las personas transgénero, ya que hay estudios que afirman que actualmente tienen un riesgo aumentado de sufrir un TCA respecto a las cisgénero(45).

2.4.2. Los medios de comunicación y el “ideal de femineidad”

Para analizar la evolución del ideal de femineidad a lo largo de la historia es interesante pararnos en una de las teorías que desarrollaron Fredrickson y Roberts(46) para explicar desde un punto sociocultural la presión que se ha ejercido históricamente sobre las mujeres. Estas autoras establecieron que cualquier movimiento hacia la igualdad de género que amenace la estabilidad del patriarcado desencadena una serie de mecanismos que acaban por frenar los avances en materia de equidad, como puede ser un énfasis desorbitado en los estándares de belleza.

En esta línea, Betty Friedan desarrolló “la mística de la femineidad”(47) para dar explicación a la situación social tras la Segunda Guerra Mundial, centrándose principalmente en la realidad de las mujeres blancas y estadounidenses. Después de años de lucha feminista para la consecución del derecho al voto, el acceso a la educación y al empleo, comenzó a conformarse un discurso político para que las mujeres eligiesen “libremente” su retorno a la esfera doméstica, alegando afirmaciones tales como que su femineidad no era compatible con la vida en sociedad o con el desempeño intelectual. De esta manera, las mujeres quedaron relegadas al ámbito del hogar, el cuidado de los hijos y la casa, y el papel de buenas esposas.

Sin embargo, con la llegada de la tercera ola feminista y la revolución sexual de los años 60, el discurso se vio obligado a cambiar. Progresivamente las mujeres comenzaron a involucrarse en la esfera pública y a reclamar su lugar fuera de las labores domésticas; cambios que no se vieron acompañados de una repartición equitativa de las tareas del hogar, sino que dichas tareas seguían recayendo en exclusiva sobre ellas. A pesar de estos hándicaps, la escalada social parecía imparable, y un sistema capitalista y meritocrático como es el actual no podía negarle a las mujeres la posibilidad de “ganarse” aquellos puestos que siempre estuvieron cubiertos por hombres. Por este motivo, el discurso de la “mística de la femineidad” se vio obligado a reinventarse para encontrar otras cadenas con las que frenar el avance de las mujeres. Fue entonces cuando se creó lo que Naomi Wolf define como “el mito de la belleza”(48), un complejo sistema de opresión estético dirigido a controlar y disminuir las capacidades de las mujeres. El hecho de desplazar la preocupación hacia la imagen corporal provoca una valorización de sí mismas solo a través del físico, obligándolas a descuidar otras áreas intelectuales o espirituales. Entre otros mecanismos, comenzó a conformarse lo que Wolf describe como la “tercera jornada” (haciendo alusión a la “primera” como la laboral, y la “segunda” como la doméstica) como todos aquellos esfuerzos dedicados a entrar dentro de lo que la sociedad patriarcal establece como ideal de belleza, y que en teoría es la llave del éxito laboral y social.

Ya en 1997 Fredrickson y Roberts acuñaron la Teoría de la Objetivización o Cosificación(46) por la cual el cuerpo de la mujer, partes de él o funciones sexuales son separadas de la persona, reduciéndolos a meros instrumentos o creyéndolos capaces de representar a la persona en conjunto. Entre los ejemplos de objetivización encontramos: comentarios sexuales, evaluación corporal constante, consejos sexuales no pedidos, valoración de las mujeres solo por su aspecto...etc. Cuanto mayores son las experiencias de objetivización sexual, mayor es la internalización del ideal estético y más posibilidades hay de desarrollar conductas de monitoreo corporal e IC. Este tipo de dinámicas provocan que la autoevaluación del atractivo físico sea elaborada a partir de la percepción sobre lo atractivos que somos para otras personas, reforzando la hipótesis de que las mujeres relacionen su valor con su apariencia y como resultado se entienden a sí mismas como objetos.

Los medios de comunicación son el principal difusor del “ideal de feminidad”, entendido como todas aquellas actitudes, roles, comportamientos, status o sexualidad que acompañan al género femenino. A través de esta construcción de la feminidad se establece aquello que es considerado como bello en una mujer; no solo el peso o la talla, sino todo lo que las rodea. Se establece cómo deben comportarse las mujeres (tanto en público como en privado), las actitudes o gestos que se aceptan como atractivos pero que no llegan a lo grosero, qué pueden comer, cómo pueden vestirse, hablar o caminar, la idea de la fragilidad femenina y la necesidad constante de protección, los atributos deseables y los que no, qué puede hacer una mujer para seguir siendo “respetable” y que no...etc. Este conjunto de normas que rigen la vida de las mujeres lanzan un mensaje muy claro: una mujer siempre será valorada por su físico y no por sus aptitudes laborales, su astucia económica o su fortaleza física, aun cuando demuestre que posee dichas habilidades.

Susan Bordo(49) analiza el dualismo mente-cuerpo por el cual la mujer siempre se ha asociado con la parte corpórea y el hombre con el “verdadero ser” (alma, mente, espíritu, voluntad, creatividad...). La correlación mujer-cuerpo relaciona negativamente la figura femenina con los apetitos de la carne, el deseo sexual y la culpabilidad. Es por esto que los medios de comunicación y la publicidad siempre han utilizado el cuerpo femenino como reclamo, y para ello solo pueden utilizar aquellos cuerpos que mejor representan al ideal estético. Como resultado obtenemos una infinidad de mujeres en programas de televisión, películas, anuncios...etc. cuyo único papel es aportar una figura femenina deseable para el público.

La utilización de modelos fragmentados del cuerpo ideal femenino es otra de las estrategias que desembocan en IC. Difícilmente una única persona reúne todas las características que el ideal estético entiende como deseables: labios gruesos, nariz fina, ojos grandes, pelo voluminoso, esbeltez, pechos centrados, cintura estrecha, cadera y glúteos relativamente prominentes, piernas delgadas y largas... por lo que se muestran imágenes fragmentadas del cuerpo femenino para evitar desmentir la existencia de esta “mujer perfecta”, lo que constituye un mecanismo más de cosificación. Un ejemplo de ello en la publicidad es la utilización de imágenes de partes del cuerpo de las mujeres mezcladas con imágenes del producto publicitado, como por ejemplo, la imagen de un coche y las piernas esbeltas de una mujer.

2.4.3. Feminidad, androginia e imagen corporal

Al igual que el ideal de belleza, el ideal de feminidad se impone con gran exigencia, estableciendo relaciones casi inamovibles entre ser mujer y ser femenina. Los atributos que acompañan a la feminidad junto con una mayor presión estética dan lugar a una sociedad donde es mucho más probable que un hombre acepte un peso saludable en relación a su edad y talla que una mujer, por lo tanto los niveles de insatisfacción con sus cuerpos y la percepción errónea de los mismos son mayores que en el caso de los hombres. Estudios que apoyan esta hipótesis muestran que las mujeres se califican como delgadas por debajo del 87% de lo que sería su peso saludable, mientras que los hombres lo hacen hasta con un peso del 105%, siendo el descontento de las mujeres en relación a la parte inferior del cuerpo (de cintura para abajo), mientras que los hombres se sienten más insatisfechos con su torso(50). Por estos motivos, la presión social por alcanzar el ideal de delgadez y la IC que esto provoca se han establecido como uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de los TCA en mujeres (sobre todo a edades jóvenes)(51).

En 1974, Sandra Bem estableció el término “androginia” a través del Inventario Bem para Rol Sexual(52). La androginia (*Andros*=hombre; *Ginos*= mujer) se trata de una construcción psicosocial por la cual podemos identificarnos con rasgos socialmente atribuidos al rol femenino (expresividad, inmadurez, sensibilidad, calma, empatía, delicadeza, necesidad de seguridad, ternura, asertividad...) o al masculino

(agresividad, independencia, dominancia, competitividad, actividad, ambición, toma de decisiones...), sin entrar a definir cuestiones como la orientación sexual. Por lo tanto, una persona andrógina puede bascular entre ambos grupos de rasgos, adecuándose a cada situación de una manera mucho más sana y eficiente que aquellos que se ajustan solo a sus supuestos roles sociales. Esta característica se relacionan con una mayor autonomía e independencia para pensar y actuar, por lo que permiten relacionarse de una manera mucho más equilibrada, llevar a cabo una ocupación laboral con más eficiencia, presentar niveles de satisfacción vital superiores y tener un mejor concepto y estima de uno mismo. Estudios como el de Jurma et al. (53) refuerzan esta teoría al ver que los andróginos manejan mejor las situaciones conflictivas que sus pares masculinos o femeninos. Asimismo, Jones et al. (54) demostraron que la androginidad facilita establecer y mantener amistades más estrechas a largo plazo y recibir feedback positivo de amigos.

Para terminar, un estudio realizado a dos grupos de mujeres (uno con patologías alimentarias y otro sano) determinó que la categoría de “feminidad” fue la identidad genérica más frecuente en las pacientes con TCA (sobre todo en la anoréxicas restrictivas), sin embargo, en las sanas había una mayor identificación con la categoría “androginia” (55). Este perfil del rol femenino en mujeres con un TCA engloba características tales como dependencia, complacencia, necesidad de aceptación y, por supuesto, baja autovalía y escasa confianza en sí misma; determinantes que encajan con los establecidos para el rol genérico de feminidad. De esta manera, se han establecido como factores protectores para los TCA aquellas características típicas en mujeres andróginas: autoestima alto, estabilidad emocional, baja timidez, preocupación por un cuerpo saludable sin alcanzar lo obsesivo en cuanto a su apariencia... etc. (56)

2.4.4. Adolescencia, sexualidad y el culto a la juventud

La etapa adolescente, como ya explicamos, representa una fase crucial en la formación de la imagen corporal. Es en esta etapa en la que se interioriza la idea de que las mujeres son valoradas por su físico, relacionando la delgadez/attractivo físico con el éxito personal. Los cambios corporales experimentados en esta etapa como la ganancia ponderal o la menarquia temprana pueden desembocar en incomodidad con sus cuerpos, pudiendo sentirse diferentes o raras con ellas mismas o en relación a su entorno. Este hecho sumado a la educación que reciben las mujeres desde pequeñas en cuanto a la competitividad y comparación constante entre ellas, incrementa la posibilidad de recibir comentarios dañinos por parte del círculo social femenino, y de este modo, incrementar la IC.

Se trata de una etapa esencial en el desarrollo de la sexualidad, donde desafortunadamente confluyen dos hechos muy problemáticos. Por una parte, se sexualiza del cuerpo femenino a edades cada vez más tempranas, pero al mismo tiempo se tiende a infantilizar a las adolescentes y hacer del sexo un tema tabú para ellas. Es por esto que el acceso a contenido pornográfico o conversaciones entre amigas acerca de relaciones sexuales o masturbación aparecen a edades más tardías que en el caso de los chicos adolescentes (42). En segundo lugar, se ha creado toda una construcción social en la que las chicas se relacionan con chicos más mayores que ellas. Este es un fenómeno que ocurre en todos los rangos de edad, pero en especial en la etapa adolescente, y muestra de ello es la gran representación en el mundo del cine, literatura y televisión. Analizando estas dos circunstancias conjuntamente resulta una situación alarmante. El hecho de que las primeras experiencias sexuales de muchas mujeres sean con hombres con un conocimiento mayor (por las vivencias personales pero sobre todo a través del mundo de la pornografía), establece dinámicas de poder y muy probablemente insatisfacción para la mujer, ya que la actitud de la misma será expectante y pasiva por falta de formación y confianza. A través de estas primeras experiencias, las mujeres interiorizan ciertas dinámicas y establecen como propios deseos o gustos que quizá no los sean, reforzándose la sensación de falta de control sobre ellas mismas y la idea de que sus cuerpos están hechos para el disfrute de otros.

Para terminar, es al final de esta etapa cuando comienzan a aflorar los primeros miedos al envejecimiento. La figura de la mujer mayor está prácticamente ausente en los medios de comunicación y cuando no lo está, es bajo la imagen de una mujer adulta que sigue representando el ideal de belleza desde una posición más “madura”. No sabemos cómo van a envejecer nuestros cuerpos o que cambios vamos a experimentar porque la representación del envejecimiento (y en concreto el femenino) está muy lejos de las pantallas. Además, existe una gran desconexión generacional entre jóvenes y mayores, y en el caso de las mujeres podría ser una herramienta muy valiosa para entender cómo afecta todo este entramado a vida de una mujer.

2.5. UTILIDAD DE ESTA REVISIÓN

Un estudio realizado a profesionales del área médica sobre el enfoque diagnóstico y terapéutico de las TCA(57) reveló que la mayoría de ellos no tenían en cuenta el género ni la influencia sociocultural, lo cual parece contradictorio cuando el género se ha establecido como factor de riesgo para los TCA. En dicho estudio, los profesional trataban principalmente con mujeres pero no mencionaban este hecho en ninguna ocasión. En cuanto a la identidad de género, en muchos casos era el propio paciente quien sacaba este tema, de lo contrario, los profesionales decían dar por sentado el género del paciente dentro del binarismo estructural.

La autodeterminación del género puede suponer un reto terapéutico al tratarse de algo profundamente personal y en muchos casos problemático para los pacientes, sin embargo es un punto crucial a la hora de entender y tratar. Por este motivo, las terapias grupales pueden ser conflictivas a la hora de exteriorizar este tipo de cuestiones, sin embargo, se ha visto que compartir las experiencias y vivencias de la opresión por la que pasan las mujeres puede ser una herramienta terapéutica poderosa. Ante esta situación surge la duda de si se debe o no sacar la cuestión del género durante la intervención de un TCA, ya que de no hacerlo será el paciente quien decida añadir o no ese elemento a la entrevista, lo cual es un error si tomamos por válida la premisa de que el enfoque de género es necesario para un buen abordaje de los TCA.

En el estudio citado, solo dos de los doce profesionales creían que estaban lo suficientemente formados para entender la implicación de la sociocultura en los TCA, y aquellos que sentían estar algo más formados habían adquirido sus conocimientos fuera de la educación académica formal. Estos resultados ponen en evidencia la necesidad de formación en asuntos de género de los profesionales de la salud, ya que la literatura establece una clara influencia de los mismos sobre los TCA.

Las terapias cognitivo-conductuales son herramientas basadas en la evidencia y con una metodología establecida, por lo que la incorporación de nuevos enfoques socioculturales, como la perspectiva de género, todavía necesitan estudios pormenorizados que generen la suficiente evidencia como para poder aplicarlos de un modo sistemático. Este tipo de enfoques ayudarían a que los pacientes abandonasen en la medida de lo posible sus roles como mujeres y hombres, por lo que serían necesarios profesionales muy concienciado en materia de género y pacientes dispuestos a asumir este cambio.

Ante la necesidad de formación en esta materia, la presente revisión pretende analizar los factores socioculturales más relevantes en el desarrollo de los TCA, con el objetivo de contribuir de una forma clara y sencilla al aprendizaje de los profesionales de la salud.

3. OBJETIVOS:

En la presente revisión se pretende analizar cómo afecta el ideal de belleza a la conformación de la imagen corporal y el papel de los medios de comunicación, industria de la belleza, publicidad, redes sociales... etc. en la difusión de estos patrones. Así mismo, se analizará la influencia de la familia y entorno social como elementos clave dentro de la conformación de la imagen corporal.

Se hará especial énfasis en la problemática femenina, pero también se analizará la influencia cultural sobre otros grupos como la población masculina, adolescentes, comunidad LGTBI, individuos con experiencias vitales traumáticas como son los abusos sexuales... etc. De igual modo, se aportarán posibles medidas preventivas para frenar el avance de los TCA en nuestro medio.

Los temas tratados a lo largo del estudio son los siguientes:

- Diferencias en la etiología, epidemiología, enfoques diagnósticos y terapéuticos según el género de los pacientes, analizando las relaciones entre los roles de género y la IC.
- Influencia de la orientación sexual en el desarrollo de estos trastornos. Estableciendo las diferencias entre la población gay, lesbiana y bisexual de ambos sexos.
- La relación entre identidad de género e imagen corporal, examinando el papel de la disforia de género en el desarrollo de los TCA.
- Abusos sexuales durante la infancia y adolescencia como factores de riesgo para desarrollar IC, baja autoestima y TCA.
- La adolescencia como etapa clave en el desarrollo de la imagen corporal y por lo tanto de los TCA, estableciendo los factores de riesgo en ambos género y realizando un análisis más profundo en torno a las chicas adolescentes.
- Intervenciones y prevención a través de la educación y concienciación sobre la influencia de los patrones estéticos en la conformación de la autoimagen. Se propondrán medidas generales, prestando especial atención a la adolescencia y a la problemática femenina.

4. METODOLOGÍA

4.1. Estrategia de búsqueda, fuentes de información y criterios de inclusión

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de la literatura disponible con el objetivo de encontrar las publicaciones científicas que más se ajustasen a las necesidades del estudio. La búsqueda sistemática se realizó a través de las bases de datos Pubmed, Cochrane Library, Scielo y Dialnet. Complementando el estudio con la lectura de “El mito de la belleza”, de Naomi Wolf.

La estrategia de búsqueda se efectuó a través de las palabras clave: *Eating disorders*, *Body image* y *Gender*; bien a través de términos MeSH (PubMed y Cochrane Library) o bien mediante operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT” (Scielo y Dialnet). Para realizar la selección de artículos se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Tipos de trastornos de la conducta alimentaria: trastorno evitativo restrictivo de la ingesta, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones, otros trastornos específicos de la alimentación y del comer, y trastornos de la alimentación o del comer no especificado.
- Tipología de artículo: no se aplicaron restricciones sobre la tipología de artículos, por lo que finalmente se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas, revisiones bibliográficas y ensayos clínicos.
- Año de publicación: 2000-2021.
- Idiomas: inglés, español y portugués.

Así mismo, se revisó la bibliografía de los artículos examinados para un mejor resultado final, y una vez seleccionados los estudios se recogieron en la plataforma Mendelez.

4.2. Estudios seleccionados

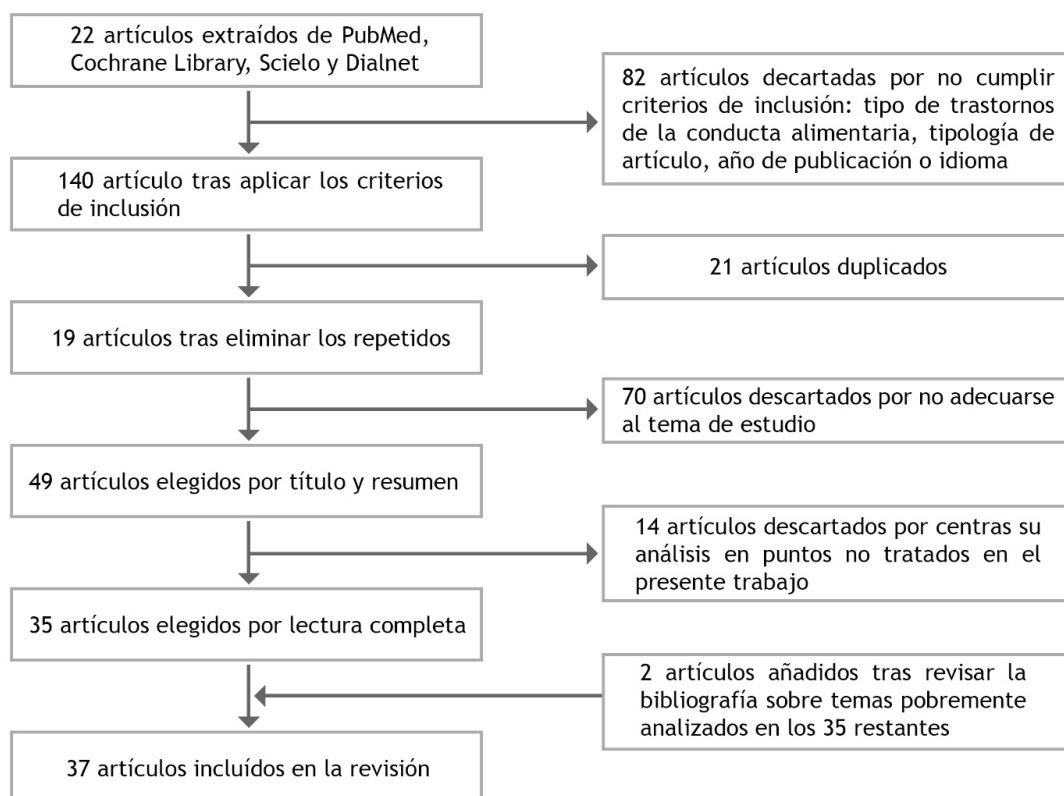
Tras una primera búsqueda en las cuatro bases de datos se obtuvieron 222 artículos. Posteriormente se aplicaron los criterios de inclusión antes mencionados por lo que el número de artículos descendió a 140. Una vez eliminados los repetidos (con un total de 119 artículos) se inició la selección por título y resumen, escogiendo 49 artículos.

A continuación se realizó una lectura completa de dichos artículos, seleccionando 35 de ellos por ser más adecuados y específicos sobre el tema a estudio. Por último, tras revisar la bibliografía de los documentos seleccionados y con el fin de completar apartados donde se encontró poca información, se añadieron 2 nuevos estudios, incluyendo un total de 37 artículos en la revisión.

Búsqueda sistemática en las bases de datos:

	Primera búsqueda	Criterios de inclusión	Tras eliminar repetidos	Elegidos por título y resumen	Elegidos por lectura completa	Incluidos en el trabajo
PUBMED	140	59	57	31	20	20
COCHRANE	33	32	18	2	0	-
Review	1	1	1	0	-	-
Embase	8	8	8	1	0	-
Pubmed	14	13	0	-	-	-
CT.gov	5	5	5	0	-	-
ICTRP	4	4	4	1	0	-
CINHAL	1	1	0	-	-	-
SCIELO	23	23	23	9	9	9
DIALNET	26	26	21	7	6	6
Otros	-	-	-	-	-	2
Total	222	140	119	49	35	37

Búsqueda sistemática y artículos añadidos a esta revisión:



Debido a que no se aplicaron restricciones para la tipología de artículos, finalmente se incluyó 1 metaanálisis, 8 revisiones sistemáticas, 3 revisiones bibliográficas y 25 ensayos clínicos.

Tipo y número de artículos incluidos en el estudio:

Tipo de estudio	Número de artículos				
	PUBMED	SCIELO	DIALNET	Otros	Total
Metaanálisis	1	-	-	-	1
Revisión sistemática	3	2	2	1	8
Revisión bibliográfica	1	-	2	-	3
Ensayo clínico	15	7	2	1	25
Total	20	9	6	2	37

5. RESULTADOS

La influencia del género y de los roles de género está ampliamente estudiada en población femenina, sin embargo no existe una literatura tan extensa a la hora de analizar la influencia de estos factores en la población masculina.

La evidencia ha demostrado una clara asociación entre género femenino e ideal de delgadez, mientras que el masculino se relaciona con el ideal de fortaleza (imagen de un cuerpo musculado)(58). Sin embargo es necesario analizar si estas variables no se entrelazan con el paso del tiempo y la creación de patrones estéticos paralelos al establecido (como pueden ser los cuerpos de las mujeres musculadas o los hombres delgados). Del mismo modo, no deben obviarse las variaciones en la influencia del ideal estético a lo largo de la vida de un individuo, así como las variantes individuales ante factores socioculturales y el peso de otros aspectos como la orientación sexual, la identidad de género, vivencias personales... etc.

5.1. DIFERENCIACIÓN POR GÉNEROS

Según la teoría de la comparación social(59) las personas nos equiparamos con otros individuos en una inmensidad de variables para generar una autoevaluación. Cuando el objeto de la comparación es inferior a nosotros, resulta en un refuerzo positivo; sin embargo, cuando el objeto es superior, realizamos una autoevaluación negativa. Aquellos individuos inseguros consigo mismos tienden a compararse más frecuentemente y de un modo más negativo, es decir, con objetivos muy altos, perpetuando de esta manera su falta de confianza. Numerosos estudios apoyan esta teoría, entre ellos los realizados por Jansen et al.(60) y Roefs et al.(61) en los que analizaron a mujeres con síntomas de TCA y una baja percepción de su atractivo. Las mujeres con patología alimentaria prestaban una mayor atención a sus partes “feas” del cuerpo y a las partes “bonitas” del cuerpo de otras personas, reforzando la idea de que individuos con alteraciones en la imagen corporal tienden a fijarse y a compararse mucho más con gente que consideran atractiva.

Otro estudio que consolida esta teoría es el realizado por Cho y Lee(62) a través de sistemas de rastreo ocular, los cuales permiten analizar la atención visoespacial proyectando varias imágenes durante 10 segundos y analizando la duración y frecuencia con la que se fija la mirada en cada una de ellas. Se mostraron imágenes de 4 tipos de cuerpos (delgados, gordos, musculados y normales) obteniendo los siguientes resultados: las mujeres presentaron mayor IC que los hombres; hombres y mujeres con IC dieron mayor atención y encontraron más atractivos el cuerpo ideal de su género (hombres musculados y mujeres delgadas, respectivamente), sin embargo, aquellos con menor IC dieron más atención a cuerpos normales y los encontraron más atractivos. Por otra parte, los niveles de IC después del experimento fueron mayores que al principio, sobre todo en el grupo con mayor IC. Por lo tanto, la existencia de un sesgo atencional hacia el ideal de belleza provoca comparaciones más frecuentes y con modelos más canónicos, perpetuando de esta manera la IC.

La relación más frecuente entre trastornos de la imagen corporal y género es la siguiente: mujeres y AN (clasificada como un TCA en el DSM V), y hombres y el trastorno dismórfico muscular o TDM (clasificado dentro del espectro obsesivo-compulsivo en el DSM V)(63).

El TDM, anorexia inversa, complejo de Adonis, vigorexia o dismorfia muscular es la creencia de que no se está lo suficientemente musculado o que se es débil(64). Existe el debate de clasificar el TDM dentro de los TCA por las similitudes que presenta con este grupo. Entre ellas encontramos el inicio en la adolescencia, la sobreposición diagnóstica (entre TDM, TOC y ansiedad social), el uso/abuso de fármacos como laxantes y diurético en el 32% de las AN y esteroides anabólicos en hasta un 100% de los TDM, la mejoría con ISRS y psicoterapia cognitivo-conductual o altos niveles de IC. También compartirían rasgos como la realización de ejercicio físico hasta puntos en los que interfiere con el funcionamiento laboral, dietas calculadas, rechazo a la adiposidad, angustia y culpa si no se cumplen estas normal, así como conductas compensatorias (más ejercicio o consumo adicional de proteínas), chequeo corporal constante, interrupción de actividades importantes para comer periódicamente cada 2-3h...etc.(63). Sin embargo, desde un punto de vista terapéutico, en la AN se fuerza al paciente a buscar tratamiento, mientras que el aspecto en los TDM es entendido como saludable y no se medicaliza tanto, además de que sus consecuencias a largo plazo no están tan documentadas.

Tanto la AN como el TDM surgen de la reproducción de los cánones estéticos occidentales dentro de los patrones de feminidad y masculinidad, cursando ambos trastornos con altos niveles IC(65). De esta manera, la interiorización del ideal de delgadez femenino se establece como factor de riesgo en mujeres para el desarrollo de TCA (y en menor medida para el TDM), y la interiorización del ideal de fortaleza masculina en hombres lo será para el TDM (y en menor medida para el TCA)(66).

Entre las herramientas más utilizadas para establecer relaciones entre TCA y roles de género encontramos las siguientes:

- EAT-40 (*Eating Attitude Test*)(67): 40 preguntas que miden la dieta (evitación de alimentos que engordan), el control oral (control en el comer y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso), la bulimia y la preocupación por el alimento.
- EDI (*Eating Disorder Inventory*)(68): 64 preguntas distribuidas en 8 ítems que evalúan la motivación por adelgazar, la conciencia interoceptiva (falta de capacidad para identificar las propias emociones y sensaciones), bulimia, IC (distorsión de la imagen corporal), sensación de inutilidad (sentimientos de minusvalía e inseguridad), temor a la madurez, perfeccionismo (excesivas expectativas personales para alcanzar logros) y desconfianza interpersonal (resistencia a establecer relaciones cercanas).
- BSRI (*Bem Sex Rol Inventory*)(52): 60 ítems para la investigación de la androginia psicológica. Se clasifican en cuatro categorías, englobando cada una de ellas una serie de características socialmente aceptadas. “Feminidad” (afectuosa, gentil, comprensiva, sensible a las necesidades de los demás...); “masculinidad” (ambicioso, independiente, con confianza en sí mismo, asertivo...); “indiferenciado” o “neutro” (veraz, feliz, egoísta...) y “andrógino” (expresión de rasgos masculinos y femeninos).
- CFNI (*Conformity to Feminine Norms Inventory*)(69): 81 ítems distribuidos en 8 categorías: “buena en las relaciones”, “implicación con los niños”, “delgadez”, “fidelidad sexual”, “modestia”, “búsqueda de relaciones románticas”, “comportamiento doméstico” e “importancia por la apariencia”. A mayor puntuación, mayor grado de feminidad.
- CMNI (*Coformity to Masculine Norms Inventory*)(70); MBAS (*Male Body Attitude Scale*)(71); MBIDS (*Masculine Body Ideal Distress Scale*)(72); DMS (*Drive for Muscularity Scale*)(73).

Sin embargo, cuestionarios como el BSRI o el CFNI presentan un sesgo, y es que solo tienen en cuenta rasgos de la personalidad. No contemplan esferas como los hobbies, intereses ocupacionales, profesiones, roles familiares u otros ámbitos.

A la hora de entender la relación entre IC, TCA y presión sociocultural en las diferentes etapas de la vida obtenemos los siguientes resultados: las mujeres presentan mayores niveles de IC en todas las etapas de la vida, habiendo una mayor diferencia mujeres-hombres en la adolescencia que en la etapa adulta/tercera edad. La importancia que otorgan las mujeres al físico (peso y talla sobre todo) decrece con la edad y es mayor cuanto mayor sea la presión cultural percibida. Por lo tanto, el género se establece como el mejor predictor de IC y de la influencia sociocultural percibida(62).

5.1.1. Mujeres y rol de género femenino

Los resultados en torno a los mecanismos que actúan en las mujeres con TCA podrían englobarse en dos grandes cuestiones: el ideal de delgadez y el ideal de feminidad.

Atendiendo al primero, un estudio realizado en 2014(74) analizó la relación entre la comparación con modelos de talla baja y los TCA en un grupo de mujeres obteniendo los siguientes datos: la asociación entre bajo peso y atributos positivos provocó una mayor obsesión por adelgazar (y por lo tanto mayor riesgo de TCA), sobre todo en participantes que reconocían una gran influencia en los medios. Este mismo grupo de

mujeres presentó un ideal de belleza mucho más inalcanzable que las que asociaban las tallas bajas con atributos negativos o neutros. Estas asociaciones entre talla baja y atributos positivo/negativos no guardó relación con el IMC de las participantes, lo que demuestra que incluso mujeres con normopeso y que podrían encajar dentro del patrón estético también se sienten descontentas con sus cuerpos. Sin embargo, otros estudios revelaron discrepancias en relación a este tema. Ahern et al.(75) obtuvieron resultados donde la mayoría de las participantes mostraron preferencias por las curvas y realizaron asociaciones negativas sobre las modelos ultra delgadas, aunque otras seguían admirando imágenes de modelos visiblemente por debajo de su peso. Estas controversias pueden deberse a diferencias individuales en la población no clínica.

Apoyando los datos del primer estudio, un meta-análisis demostró que la presión por estar delgado a través de la interiorización del ideal estético y la insatisfacción corporal en mujeres, aumenta el riesgo de conductas dietéticas patológicas, sentimientos negativos y TCA, además de perpetuar los mismos una vez instaurados(76).

En relación a la segunda cuestión mencionada, es en 1990 cuando surge la “hipótesis de la feminidad”(77) para entender el papel del género en la distribución de las patologías alimentarias, existiendo a día de hoy una gran cantidad de estudios que demuestran que el rol de género y la disfunción alimentaria están estrechamente relacionadas(78). Entre ellos encontramos el realizado por Mahalik et al. (69) quienes pusieron en relación el CFNI y el EDI demostrando una correlación entre algunos de los subgrupos de ambas escalas: la preocupación por la apariencia, la modestia o la búsqueda de relaciones románticas (características descritas como femeninas en el CFNI) se asociaron a ítems del EDI como la motivación por adelgazar, bulimia, IC, falta de conciencia interoceptiva, sensación de inutilidad y desconfianza interpersonal.

En la misma línea, tres estudios realizados por Behar et al. analizaron la relación entre los TCA, EAT-40, EDI y BSRI. En todos los estudios las pacientes con TCA obtuvieron puntuaciones superiores en el EAT-40 y el EDI, además de correlaciones con muchos de los ítems del BSRI, estableciendo nuevamente una relación entre rol de género femenino y patología alimentaria.

En el primer estudio(55) analizaron a dos grupos de estudiantes universitarios, uno con patología alimentaria (pacientes) y otro sin ella (controles). La feminidad se estableció como el rasgo genérico más frecuente entre las estudiantes con TCA (un 43% de las pacientes frente a un 23.8% de los controles). El porcentaje de controles que se identificaron como andróginas o indiferenciadas fue prácticamente el doble que el de pacientes, siendo este comportamiento andrógino mucho más adaptativo para los retos de la vida diaria, como ya se explicó en apartados anteriores. Por lo tanto, se establecieron como factores protectores para el TCA en mujeres aquellos rasgos clasificados como andróginos: alta autoestima, estabilidad emocional, limitada conciencia de sí mismas e interés por un cuerpo sano más que por una apariencia atractiva; particularidades que exhibió el grupo control.

En el segundo estudio(79) analizaron tres grupos: uno de mujeres con TCA y otros dos sin patología alimentaria (uno de hombres y otro de mujeres). Los sujetos del sexo masculino y femenino sin patología alimentaria se mostraron menos identificados con los estereotipos tradicionales del rol del género y más inclinados hacia las categorías de indiferenciado o andrógino. De todos modos, el grupo sano de mujeres obtuvo puntuaciones más altas que el grupo sano de hombres para la motivación para adelgazar e IC, lo que implica un mayor riesgo para desarrollar un TCA. Las chicas con TCA obtuvieron mayor puntuación para feminidad, y cuanto más femeninas se identificaban, mayor era la motivación por adelgazar y la IC.

Las pacientes con TCA que se definieron como femeninas presentaban los siguientes rasgos: dependientes, inmaduras, complacientes, con necesidad de aceptación, baja autovalía, escasa confianza en sí mismas, leales, confiables, sinceras, reservadas, comprensivas, susceptibles de ser aduladas, infantiles, deseosas de obtener una posición, cambiantes, impredecibles, solemnes e ineficientes. Los atributos más rechazados por este grupo fueron: masculinidad, condición atlética, actuar como líder, ambición y arrogancia. Además, todos los grupos concordaron en que la lealtad era el atributo femenino por excelencia.

Por último, en el tercer estudio(80) compararon dos grupos de mujeres, uno con TCA (AN o BN) y otro sin patología alimentaria. Las pacientes con TCA obtuvieron puntuaciones superiores para la motivación por delgadez, perfeccionismo y desconfianza interpersonal, habiendo una especial relación entre AN y el temor a la madurez, y entre BN e IC, sensación de inutilidad y menor conciencia interoceptiva. Sin embargo, este hallazgo no se correlaciona con la literatura previa que describe las pacientes con AN típicamente perfeccionistas, obsesionadas por adelgazar, alteraciones en la percepción del cuerpo, sensación de ineficiencia y autoevaluación negativa. Finalmente, la AN fue la que más representación de rol femenino obtuvo y la que menos de andróginos e indeterminados.

5.1.2. Hombres y rol de género masculino

La prevalencia de IC ha aumentado significativamente en las últimas décadas entre los hombres, alcanzando una cifra del 43% según algunos estudios(81). Entre las investigaciones que apoyan este fenómeno encontramos datos como que un 95% de los hombres estadounidenses están insatisfechos con su apariencia(82) o que un 21-47% de los adolescentes y jóvenes hacen dietas para aumentar el peso o el tamaño muscular y un 12.5-26% para disminuirlo(83), ambas situaciones consideradas como factores de riesgo para el desarrollo de AN y TDM(63). Otros estudios apuntan a que las mujeres son de 1 a 3 veces más diagnosticadas de AN, BN o BED, sin embargo, los hombres presentan tres veces más sintomatología subclínica de BED y aproximadamente la misma cantidad de BED clínico que las mujeres(2). Por lo tanto, los hombres sí que están preocupados por sus cuerpos, pero de una manera diferente a la de las mujeres, una realidad parcialmente explicada por procesos análogos a los del género femenino: por un lado el ideal estético de fortaleza y paralelamente el ideal de masculinidad.

En relación a la interiorización del ideal estético de fortaleza masculino, un estudio de los modelos de *Playgirl* reveló que la masa muscular se ha incrementado en gran medida, especialmente en la década de los noventa(84), también se ha visto aumentada en las figuras de acción masculinas, los medios de comunicación, publicidad, películas...etc.(85). En esta línea, varios estudios muestran que la exposición a anuncios con modelos muy musculados provoca una brecha cada vez mayor entre la percepción del propio cuerpo y el ideal estético, mayor grado de IC, menor percepción del atractivo físico e insatisfacción con su musculatura(86).

Atendiendo a las relaciones entre rol de género, TCA, IC e insatisfacción muscular (IM) en hombres, se realizó un meta-análisis con los siguientes resultados(87): la feminidad no presentó una asociación significativa con TCA, IC o IM (al revés que en estudios posteriores y contrariamente a lo que ocurre en el caso de las mujeres), sin embargo, la orientación sexual moderó la relación entre feminidad e IM, siendo un factor protector para la IM en heterosexuales pero no en homosexuales. La masculinidad fue asociada con menos riesgo para TCA e IC, pero la relación entre masculinidad e IM no fue concluyente. Otros estudios que relacionan los TCA con roles de género sugieren que aquellos hombres que se inclinan hacia un TCA focalizado en la delgadez se identifican más con un rol de género femenino y los que desean un cuerpo más musculoso lo hacen con el rol masculino(88). Del mismo modo, otro estudio señala que los hombres con AN se visualizan a sí mismos y son vistos por los demás como más femeninos, mientras que los que presentan facetas masculinas son más prevalentes en el grupo de los TDM(89).

La realidad es que la relación entre IC, IM, TCA y rol de género masculino no está del todo clara. Se han realizado pocos estudios en este campo y no se han encontrado evidencias significativas, obteniendo gran controversia en los resultados. No está claro que el análisis etiopatogénico de los TCA en relación al género femenino sean extrapolables al género masculino, por este motivo se están desarrollando cuestionarios específicos. Se cree que la aplicación de escalas multidimensionales (como el CMNI, MBAS, MBIDS o DMS) de un modo más extendido podría ser la clave para aclarar las relaciones entre los citados factores.

5.2. ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO

El conflicto de la identidad de género o de la orientación sexual puede precipitar el desarrollo de una patología alimentaria, sin embargo, muchos de los estudios están enfocados a personas heterosexuales y cisgénero. Se han establecido teorías para intentar explicar por qué los hombres gays presentan conductas similares a las de las mujeres heterosexuales en relación a las preocupaciones estéticas y alimentarias, proponiendo hipótesis como que el hecho de compartir el objetivo de atraer a otros hombres, quienes dan prioridad al valor estético de sus parejas, provoca una mayor preocupación por la apariencia. Así mismo, las lesbianas y los hombres heterosexuales comparten el objetivo de atraer a mujeres, quienes teóricamente dan prioridad a rasgos como estabilidad o poder(90). A pesar de ser definiciones muy rígidas y estereotipadas, puede ser un punto de partida interesante a la hora de realizar análisis más profundos.

Los datos que tenemos sobre la prevalencia de los TCA en minorías sexuales son muy alarmantes. Un ejemplo de ello es el dato de que hasta un 8,8% de los adolescentes diagnosticados de patología alimentaria

se identifican como parte de la comunidad LGTBI(91). La adolescencia es una fase crucial para la imagen corporal y el desarrollo de la orientación sexual, por lo que no es de extrañar que el pico de TCA ocurra en esta etapa de la vida, sobre todo en personas en situaciones de vulnerabilidad como pueden ser las minorías sexuales. La literatura actual sugiere que los jóvenes LGTBI de ambos sexos presenta mayor riesgo para las conductas de control del peso, TCA e IC, especialmente los hombres gays o bisexuales(92). Se ha establecido que tanto las experiencias de objetivización sexual como las situaciones negativas durante la infancia en relación a la identidad de género no canónica (como actitudes homofóbicas), son factores de riesgo para una mayor influencia de los medios, patología alimentaria, alteraciones de la imagen y vergüenza corporal(93).

Una cohorte longitudinal en EEUU analizó los comportamientos dietéticos en un grupo de adolescentes en relación a un espectro de orientación sexual. Aquellos que se clasificaron como “mayormente heterosexuales”, a diferencia de los “completamente heterosexuales”, presentaron mayor preocupación por el peso y la apariencia. Por el contrario, lesbianas y bisexuales estaban más satisfechas con sus cuerpos y hacían menos esfuerzos para acercarse al canon de belleza, al revés de lo ocurrido con chicos gays y bisexuales, quienes dedicaban más esfuerzos a alcanzar el ideal estético y presentaban mayor sintomatología de BED. Sin embargo, en comparación con grupos heterosexuales, se demostró que lesbianas, gay y bisexuales de ambos sexos presentaban mayor prevalencia para el control obsesivo del peso, BED y Bulimia(94).

5.2.1. Hombres gays y bisexuales

Prevalencia de población gay? El 42% de los hombres diagnosticados de TCA se identifican como homosexuales o bisexuales, una prevalencia mayor que en el caso de las mujeres pertenecientes a minorías sexuales(91). Socialmente se espera que los hombres muestren características altamente masculinas, por lo tanto, aquellos con una orientación de género atípica son evaluados negativamente y tienen mayor probabilidad de presentar una mala adaptación en su medio(95), que a la larga puede derivar en patologías mentales como el TCA.

Marino et al.(96) realizaron un estudio en hombres hetero y homosexuales relacionando la percepción de la influencia de los medios y la exposición en redes, la orientación sexual, síntomas de TCA y ansiedad por la imagen corporal e importancia del atractivo físico. Los resultados fueron los siguientes: los homosexuales tenían puntuaciones más altas para la motivación por adelgazar, IC y ansiedad por su apariencia corporal, factores que condicionan a un mayor riesgo para desarrollar un TCA. Así mismo la percepción de la influencia de los medios y la preocupación por el cuerpo y la alimentación también eran mayores. La importancia del atractivo físico fue igual en ambos grupos, sin embargo, los heterosexuales sentían menos presión por ser atractivos para otros. Estos resultados apoyan la literatura existente que postula que la comunidad homosexual presenta mayores niveles de IC, es más vulnerable a los TCA (sobre todo para la AN y BN).

Analizando los resultados por partes, inferimos que existe una mayor presión por parte de la comunidad gay por estar delgados y musculados, otorgando una gran importancia al atractivo físico(97). Algunos autores sugieren que la pandemia de VIH y la estigmatización del colectivo podría ser uno de los motivos por los que han desarrollado una mayor preocupación por su apariencia, mostrándose saludables(98). Respecto a los medios de comunicación, parece contradictoria el hecho de que la comunidad homosexual no sea la más representada pero sí perciban una mayor influencia. Solo el 2.6% de los personajes en las series de televisión son LGTBI, y en muchos casos, los personajes que vemos suelen perpetuar los estereotipos asociados a la comunidad. De igual manera, la mayoría de marcas han renunciado al nicho de mercado gay por miedo a alejar el mercado de los heterosexuales, a pesar de que la comunidad gay se ha asociado socialmente con un alto poder adquisitivo. Este fenómeno se ha descrito como “*Marketer’s Dilemma*”(99): ¿cómo llegar a la comunidad LGTBI sin alejar a los heterosexuales? Una de las estrategias ha sido la inclusión de imágenes o símbolos que la comunidad heterosexual pasa por alto pero que son reconocidos por los homosexuales.

Mientras que algunos estudios han establecido relaciones positivas entre atributos femeninos en hombres homosexuales y mayor IC, IM y síntomas alimentarios, otros lo desmienten, por lo que no queda clara la relación entre estas variables. Sin embargo la literatura actual apunta a que los atributos masculinos no están relacionados con TCA o incluso son un factor protector, y los atributos femeninos son un factor predisponente(87). Siendo una realidad que las tasas de IC y TCA en la comunidad gay son muy elevada.

5.2.2. Mujeres lesbianas y bisexuales

Entre la escasa literatura que estudia las relaciones entre los TCA y la orientación sexual, encontramos muchos más estudios realizados en poblaciones de hombres homosexuales. A pesar de que las tasas de patología alimentaria en este grupo son más altas que en mujeres lesbianas o bisexuales por ejemplo, son necesarios estudios que analicen la situación de los TCA en otros grupos de la comunidad LGTBI.

Como se ha dicho, existen muy pocos estudios que comparen poblaciones de mujeres lesbianas y heterosexuales en relación a los TCA, y los existentes muestran resultados variados. Sin embargo, la mayoría de las referencias apuntan a que las lesbianas presentan una mayor satisfacción con sus cuerpos en relación al atractivo sexual y una menor internalización de los cánones de belleza(100). Estudios sobre minorías sexuales mostraron que los chicos gays y bisexuales se perciben con sobrepeso aun cuando están en una categoría normal, y las chicas lesbianas y bisexuales se perciben normales aun estando en categorías de sobrepeso. Estos estudios también revelaron que las mujeres homo o bisexuales presentan mayor prevalencia de obesidad frente a los hombres homo o bisexuales, quienes mostraron un riesgo reducido de obesidad en la adolescencia(101).

Entre las hipótesis halladas para explicar estos resultados, Dworkin aporta la siguiente teoría(102): las lesbianas son un segmento de la población femenina que ha sido socializado bajo los mismos procesos que las mujeres heterosexuales pero que ha decidido rechazar parte de los valores femeninos. Por definición, una lesbiana es una mujer cuyos vínculos principales se establecen con otras mujeres y por lo tanto, no están tan expuestas a los mandatos del patriarcado. Las lesbianas no se ven a sí mismas como objetos definidos por sujetos hombres, y esto les permite escapar en cierta medida de las evaluaciones negativas sobre el cuerpo y presentar niveles de auto aceptación mayores. Otros autores sugieren que el hecho de que las lesbianas tiendan a desafiar los ideales estéticos culturalmente establecidos, las hace menos susceptibles a las dañinas consecuencias de la internalización del canon de belleza, aceptando en mayor medida sus propios cuerpos y presentando menor predisposición para los TCA(103). Hipótesis que apoya un estudio realizado por Meyer(104) donde se demostró que las mujeres heterosexuales presentaban puntuaciones más altas para el EAT que las mujeres lesbianas.

Sin embargo, no está claro que haya unas diferencias tan marcadas entre mujeres lesbianas y heterosexuales en relación a la IC. La explicación a esta incoherencia se encuentra en que ambos grupos de mujeres están inmersos en la misma cultura, por lo que para sentirse cómodas dentro de la misma deberán adecuarse en mayor o menor medida a las normas dictadas por la sociedad.

Por lo tanto, ante la falta de estudios concluyentes en este campo, serán necesario nuevos análisis y enfoques que establezcan los posibles factores protectores para los TCA de este grupo poblacional.

5.2.3. Disforia de género y transgénero

El DSM-5 clasifica la disforia de género como un incongruencia experimentada por individuos trans entre el sexo asignado al nacer (asociado a los caracteres sexuales primarios/secundarios y a los roles de género correspondientes) y la identidad de género (la manera en la que se reconocen respecto al género). La CIE-11 la clasifica como un deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, acompañada de sentimientos de insatisfacción hacia el sexo anatómico y existiendo en muchos casos el deseo de tratamientos hormonales o quirúrgicos para conseguir un cuerpo congruente con el sexo con el que se identifica la persona. Sin embargo, la tendencia es cada vez mayor hacia un sistema no binario que permita la expresión de diferentes rasgos y roles independientemente de que sean socialmente aceptados como femeninos o masculinos. Solo de esta manera se conseguirá una despatologización de este tipo de procesos y se dará la oportunidad a los individuos para expresar su personalidad y sus gustos de un modo mucho más libre, sin las consecuencias negativas que hoy en día lleva asociadas.

Un meta-análisis realizado en 2015 estableció una prevalencia de personas trans de 4,6 por 100.000 individuos, 6,8 mujeres trans (mujeres cuyo sexo asignado al nacer fue hombre) y 2,6 hombres trans (hombres cuyo sexo asignado al nacer fue mujer)(105). Paralelamente, se ha demostrado que individuos con diagnóstico de disforia de género también presentan altos niveles de IC y por lo tanto, mayor riesgo de TCA en comparación a la población cisgénero y hombres o mujeres homosexuales(106).

La imagen corporal cobra especial relevancia para las personas con disforia de género, presentando IC tanto por su propia disforia, como por el ideal estético con el que se sienten identificados. Un estudio realizado

en 2016 analizó la IC de tres grupos de pacientes: uno con TCA, uno con disforia de género y un grupo control sano, obteniendo como resultado que la IC en el grupo de disforia de género era mayor que en el de control, pero menor que en el de pacientes con TCA(107). La bibliografía existente apunta a que el riesgo de TCA deriva precisamente del estrés que experimentan por su IC, sobre todo aquellos que transicionan de hombre a mujer, donde seguir los patrones estéticos de delgadez se convierte en la manera más rápida y efectiva para encajar dentro del género con el que se sienten identificadas. Lo mismo ocurre con las mujeres que transicionan a hombres, quienes tienden a buscar el ideal de fortaleza con cuerpos musculados(108). El hecho de que las mujeres trans tengan mayor riesgo de IC y TCA que al contrario, pone en manifiesto una vez más la mayor presión social para adecuarse al ideal estético a la que están sometidas las mujeres, tanto cisgénero como transgénero(109).

Los adolescentes y adultos jóvenes transgénero muestran una elevada prevalencia de conductas compensatorias como purgas a través del vómito o laxantes y en el uso de pastillas para adelgazar(92). Además presentan una mayor probabilidad de episodios de TCA a lo largo de la vida adulta, con una tasa superior al grupo de mujeres heterosexuales cisgénero(110).

Muchas personas trans pasan gran parte de la adolescencia escondiendo sus caracteres sexuales secundarios (aplanando sus pechos, escondiendo su órganos genitales...), por lo que esta etapa puede presentarse con niveles de ansiedad muy elevados. En muchos casos, los TCA pueden ser un mecanismo supresor de estos caracteres secundarios (por ejemplo, la AN en hombres trans eliminará los pechos y suprimirá la menstruación) o un vía para alcanzar el patrón estético del género con el que se sienten identificados(111). Por lo tanto, al igual que en otros grupos, la adolescencia se establece como una etapa clave para favorecer un diagnóstico precoz e implementar medidas preventivas, ya que estudios recientes han demostrado que terapias destinadas a mejorar la imagen corporal en personas con disforia de género, ayudan a disminuir el grado de IC y a experimentar sus procesos de un modo menos traumático(108).

La literatura actual sugiere que una menor congruencia entre la presentación externa y la identificación interna, implica mayor grado de IC(112). Estudios realizados en pacientes trans a los 6 meses de una cirugía de reasignación de sexo mostró que las mujeres trans reportaban menores niveles de patología alimentaria e IC en comparación a personas con TCA y a la población en general(113). Sin embargo, otros estudios han demostrado que hombres trans se sienten descontentos con todas las partes del cuerpo femenino, por lo que se concluye que la preocupación por la imagen corporal en las personas trans no debe reducirse a partes específicas del cuerpo (genitales externos, pecho... etc.)(114).

Lejos de enfocarse en mejorar la satisfacción de partes corporales específicas a través de la intervención médica, será necesario abordar aspectos psicológicos y sociales de la imagen corporal. Habrá que dar herramientas para enfrentar sentimientos negativos hacia el propio cuerpo, reinterpretar de un modo positivo aspectos corporales que no pueden modificarse o aprender a lidiar con reacciones negativas de la sociedad. Del mismo modo, serán necesarias intervenciones a nivel poblacional para educar en valores de tolerancia y aceptación que lleven a una desestigmatización de estos sectores de la población.

5.3. ESTÁNDARES CULTURALES ESPECÍFICOS

Estudios que analizan el componente multicultural en los TCA demuestran que las mujeres que no comparten las culturas dominantes (entendiendo como paradigma a la mujer blanca estadounidense) no poseen necesariamente parámetros comunes para definir la belleza. Bajo esta premisa, surge la necesidad de encontrar indicadores específicos de cada cultura para poder estudiar la relación entre etnicidad, ideales estéticos y satisfacción corporal.

Entre los estudios que refuerzan esta teoría encontramos uno realizado con hombres taiwaneses, quienes se mostraron menos preocupados con su imagen corporal masculina que los occidentales(115), demostrando la fijación de Occidente por la musculatura y el acondicionamiento físico como rasgos de masculinidad. Así mismo, otro estudio entre mujeres afroamericanas estableció que el tono de la piel es una dimensión clave dentro del monitoreo corporal y la insatisfacción(116). Cabe señalar que el hecho de que las mujeres afroamericanas consideren el tono de piel como un elemento clave, deriva de la influencia de los modelos

canónicos Occidentales, donde el color de piel claro se ha relacionado no solo con la belleza, sino también con el poder y la riqueza.

En la misma línea, un estudio realizado en mujeres surcoreanas analizó la objetivización sexual por parte de los medios y las interacciones entre estándares de belleza específicos en Corea del Sur, imagen corporal y TCA(117). El tamaño y la forma de la cara fueron puntos clave del atractivo físico, apoyando la literatura previa que sugieren que las mujeres en Occidente consideran a sus cuerpos como el mayor reclamo para atraer a los hombres, mientras que las mujeres asiáticas consideran que son sus características faciales las que cumplen esta función(118). Ante este hallazgo, se plantea la posibilidad de que la mayor preocupación por las características faciales derive de una sociedad muy conservadora donde el cuerpo de las mujeres acostumbra, o acostumbraba, a estar tapado.

Cabe destacar que Corea del Sur era uno de los países más pobres del mundo hace 40 años, sin embargo, actualmente está clasificado como un país desarrollado por la ONU y es la 11ª potencia mundial según el Banco Mundial y el FMI. Este crecimiento económico se ha visto acompañado por una escalada en los derechos de los ciudadanos (y en especial de las mujeres), y paralelamente por un incremento en la IC y los TCA, lo que demuestra una vez más el rápido avance de los estándares de belleza Occidentales ligado a los cambios socioeconómicos (119). Estudios previos muestran que las mujeres asiáticas que viven en América tienen niveles más bajos de IC que las mujeres europeas americanas, planteando como posible explicación que la tipología de los cuerpos de las asiáticas tiende a acercarse más al ideal estético de delgadez(120). Sin embargo, los estudios son equívocos a la hora de relacionar los niveles de IC en mujeres asiáticas americanas con los TCA, ya que algunos establecen un mayor riesgo (sobre todo entre aquellas más expuestas al ideal estético), mientras que otros no indicaban dicha relación(121). Es necesario resaltar que el término “mujeres asiáticas” engloba muchísimas subculturas, por lo que es difícil establecer relaciones específicas.

Un estudio similar analizó el rol del hiyab en la imagen corporal y los síntomas de TCA en mujeres musulmanas en USA(122). Al igual que en el estudio anterior, la comunidad musulmana usuaria de hiyab con mayor exposición a la cultura dominante presentó niveles superiores de IC y TCA. Cabe destacar que en torno al hiyab se ha establecido un debate en el que algunos consideran esta prenda una forma de objetivización sexual, un mecanismo de control de la sexualidad de las mujeres, entendiéndolas como objetos que es necesario cubrir y alejar de la esfera pública(123). De esta manera, interpretan el uso del hiyab como un mecanismo de defensa contra el acoso y la sexualización masculina, una herramienta para moverse más libremente en una sociedad sexista. Sin embargo, otras posturas entienden el hiyab como una muestra de identidad musulmana, una forma de refuerzo social para ganar estima y respeto o como una especie de deber hacia la religión(124). Estudios previos mostraron que el uso del hiyab se relaciona con menos experiencias de objetivización sexual en el plano interpersonal (sexualización por parte del entorno) pero no en el intrapersonal (interiorización del ideal estético, IC, desarrollo de TCA...etc.)(125), por lo tanto, son necesarios más estudios para establecer una relación clara entre el uso del hiyab, imagen corporal y TCA.

Retomando la explicación sobre la Teoría de la Objetivización Sexual(46), se ha establecido que los medios de comunicación son los mayores exponentes de dicha cosificación, expandiendo la idea de que el cuerpo de las mujeres representa su valor, y por eso deben adecuarse a los mandatos de la sociedad. Una mayor objetivización sexual implica mayor internalización de los estándares dominantes de belleza, con tasas superiores de motivación por adelgazar, preocupación por la apariencia y un riesgo aumentado de TCA(126). Por lo tanto, no es sorprendente que la influencia de Occidente en los medios de comunicación de países en vías de desarrollo o una mayor exposición a la cultura occidental por otros mecanismos, se acompañe de más IC y ratios superiores de patología alimentaria.

5.4. ABUSO SEXUAL

La violencia o el abuso sexual durante la niñez o adolescencia tiene un impacto de por vida en la salud física y mental de las víctimas. Estas experiencias traumáticas están fuertemente relacionadas con el consumo en edad adulta de alcohol, tabaco u otras drogas, y la posibilidad de desarrollar una depresión o un TCA(127).

La asociación ANAR(128) realizó un estudio sobre el abuso sexual de menores en la infancia y adolescencia en España. Entre los resultados encontramos que los abusos contra menores se han multiplicado por 4 en la última década, pasando de 273 casos en 2008 a 1903 en 2020. La tasa de crecimiento anual se ha acelerado en los últimos cinco años, sobre todo en lo relacionado con la tecnología: el “*grooming*” (ganarse

la confianza del menos para conseguir material íntimo u otras cosas) ha aumentado un 37% y “sexting” (envío de mensajes eróticos o pornográficos) un 25%. Es destacable que las agresiones en grupo también han crecido de un 2% a un 10% en la última década.

Más de la mitad de los abusos son cometidos por un miembro del entorno del menor y en un 96% son realizados por varones: el 32% por el padre biológico de la víctima (aunque están aumentando los casos en los que es la pareja de la madre), el 19% por otro familiar (hermanos, abuelos...), y el 21% por un conocido del menor. El 78% de las víctimas son mujeres, siendo la mitad de ellas adolescentes entre 13 y 16 años. En el caso de los menores hombres los abusos suelen ocurrir antes de los 12 años. Los tipos de abusos más frecuentes son tocamientos, penetración, tocamientos al abusador u obligación de masturbarse. Así mismo, la violencia o la intimidación fueron usada en un 53% de los casos (más habitual en mujeres a medida que cumplen años) y los abusos no acostumbraban a ser puntuales sino que en el 68% de las veces se repitió este suceso por periodos mayores a un año. La intención de denuncia se dio solo en el 43% de los casos, y solo la formalizaron uno de cada diez. De ellos, casi un 20% se archivó por falta de pruebas y la mayoría de los casos nunca llegan a ser enjuiciados.

Muchos autores han relacionado los abusos sexuales con patologías psiquiátricas, pero la relación entre abuso sexual y TCA está todavía a estudio. Entre un 10-30% de la población sufre o ha sufrido abusos sexuales(129), sin embargo no todos desarrollan un TCA ya que se trata de una patología donde intervienen un gran número de factores. La edad a la que ocurre el abuso es crítica, estableciéndose una mayor relación entre los abusos que ocurren antes de la adolescencia y los TCA. Los eventos alrededor o después de la pubertad suelen estar relacionados con el trastorno alimentario subyacente y no tanto con la etiología del mismo(130).

Un ensayo realizado en 2006 demostró que aquellas mujeres que experimentaron abusos sexuales antes de la adolescencia obtuvieron puntuaciones más altas para el EAT-40 y la IC(130). Apoyando estos resultados, otro estudio mostró que mujeres abusadas sexualmente presentan más IC y menos satisfacción con ellas mismas y sus relaciones(131). Así mismo, la vivencia simultánea de abusos físicos y sexuales supone un riesgo 3 veces mayor para presentar síntomas alimentarios y hasta 4 veces superior para criterios de TCA(132). Por estos motivos, varios autores proponen la posibilidad de que sea precisamente esta IC la que actúe como mediadora entre los abusos sexuales, los TCA, e incluso conductas autolesivas.

Se ha demostrado que existen unas tasas de abusos sexuales muy superiores tanto en pacientes con AN como con BN(133). Parte de la explicación, y lejos de querer culpabilizar a las víctimas de estas experiencias, puede ser la impulsividad y la propensión hacia la promiscuidad sexual que se han descrito en amplios grupos de paciente con BN. Igualmente, personas con AN podrían estar más expuestas a consecuencia de la retracción social y la dificultad para mantener relaciones afectivas(134). Paralelamente, estudios que correlacionan el rechazo de la feminidad con los TCA establecen que el 50% de las anoréxicas han sufrido abusos sexuales, donde el TCA se explica como una forma de defenderse de su feminidad, de castigarse y protegerse a través del rechazo de su sexualidad(135). Por lo tanto, vemos que existe una compleja relación entre TCA y abusos sexuales, convirtiéndose en factor de riesgo el uno del otro.

Los abusos y la victimización sexual (asumir el rol de víctima) tienen efectos negativos en la imagen corporal e identitaria (con sentimientos de repulsión por su propio cuerpo), en la autorregulación (con cambios bruscos de ánimo o agresividad) y en las funciones interpersonales (con conductas sexuales atípicas). Estas características aumentan las posibilidades de desarrollar patologías como estrés postraumático, depresión, abuso de sustancias, delincuencia, revictimización (respuesta del sistema ante estas situaciones que hace a la persona revivir constantemente la experiencia traumática), TCA e intentos autolíticos como mecanismos del subconsciente para recuperar el control de su cuerpo y de sus sensaciones(136). Por lo tanto, serán necesarias terapias dirigidas a restablecer una buena relación con el propio cuerpo, evitando la revictimización y recuperando la confianza en uno mismo a través de sentimientos de autovalía.

5.5. ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa marcada por profundos cambios tanto físicos como psicológicos. Una nueva imagen corporal, independencia y autonomía, sentimientos de pertenencia a un grupo, búsqueda de personalidad, incorporación de sistemas de valores, perspectivas de futuro, identidad psicosexual... etc. son

algunas de las razones que hacen de esta etapa una fase muy susceptible ante situaciones conflictivas. Precisamente por este motivo, la adolescencia se establece como un momento crítico en el inicio de síntomas de casi todos los trastornos mentales mayores(137).

The World Health Organization calcula que el 50% de los desórdenes mentales comienzan en la adolescencia, aunque en la mayoría de casos son detectados en edad adulta. A pesar de estos datos, pocos estudios están centrados en trastornos afectivos durante la niñez y adolescencia, pero los existentes muestran tasas de depresión mayor del 0.4-6.4%, y síndromes depresivos más leves o sentimientos de soledad en un 23% de las chicas y un 16% de los chicos, sobre todo a los 17-18 años. Estas diferencias de género se han explicado por un incremento en los desafíos a los que tienen que enfrentarse las chicas adolescentes y las diferencias entre los estilos de afrontamiento incorporados a raíz de la socialización en las culturas occidentales(127). También se han establecido algunas variaciones en relación a la etnia, donde mujeres afro-americanas reportaron tasas inferiores de depresión, posiblemente explicadas por una relación más fuerte con su entorno social(138).

Hasta los años 80 no se consideraba que los TCA fueran una patología a tener en cuenta en niños prepuberales, pero en las últimas décadas se ha visto un incremento de los TCA en niños en edad escolar y adolescentes(139). En España un 10% de niños entre 8 y 12 años de ambos sexos podrían estar en riesgo de presentar un trastorno alimentario(140), sin embargo, todavía no existen cuestionarios ni criterios adaptados para niños/preadolescentes (por ejemplo, la amenorrea es uno de los criterios a tener en cuenta en el diagnóstico de AN, pero no es aplicable en mujeres preadolescente). Por otro lado, los tratamientos actuales solo consiguen una remisión de los síntomas entre un 35-50%, y los efectos de los programas preventivos son moderados(141).

5.5.1. Factores de riesgo establecidos

A modo de resumen, León et al. dividieron en tres grupos los factores relacionados con los TCA: predisponentes, precipitantes y perpetuantes. En el primer grupo encontramos el sobrepeso u obesidad, baja autoestima, inseguridad, introversión, perfeccionismo, prejuicios sociales sobre la obesidad, altos niveles de preocupación por la figura (personales o familiares), malos hábitos alimentarios en el núcleo familiar o un bajo soporte percibido. Entre los precipitantes observamos comentarios negativos sobre el cuerpo, insatisfacción con uno mismo, estrés y estrategias evitativas a la hora de afrontarlo, conflictos familiares o fracasos amorosos. Finalmente, entre los perpetuantes, una alimentación incorrecta, estados de ánimo fluctuantes, ansiedad, depresión, irascibilidad y, de nuevo, perfeccionismo(142).

Analizando algunos de los más relevantes, catalogamos los pensamientos negativos hacia el propio cuerpo como uno de los factores de riesgo más robustos para los TCA. Se ha visto que la aparición de dichos pensamientos surge en la mayoría de los casos durante la adolescencia (a los 17-18 años), por este motivo se trata de un momento clave para implementar medidas efectivas(143). Igualmente, niveles bajos de autoestima han sido reconocidos como un rasgo característico de personas con elevada preocupación corporal, actitudes perfeccionistas y sobredimensión de la talla, todo ello factores de riesgo para un TCA(144). La obesidad y sobrepeso (situaciones cada vez más prevalentes en nuestro medio), además de asociarse a varias enfermedades médicas presentan repercusiones psicológicas de gran importancia para el desarrollo del niño. La aparición de burlas, insatisfacción corporal o menor autoconcepto, implican un mayor riesgo de conductas alimentarias restrictivas y el desarrollo de un TCA(145). Por último, el riesgo de enfermedades psiquiátricas (tanto en los pacientes como en sus familiares) y la autoevaluación negativa (no solo corporal) también fueron identificados como factores de riesgo en adolescentes de 12-15(146).

El perfeccionismo cobra un papel especialmente relevante en la etiología de los TCA. Se define como la tendencia a establecer objetivos de difícil alcance, una evaluación excesivamente crítica de uno mismo y una creciente preocupación por cometer errores. Está orientado en dos sentidos: externamente, dirigido a satisfacer a los otros, e internamente, centrado en el uso permanente de la crítica de sí mismos(147). Aplicado a la imagen corporal se traduce en una búsqueda constante de estándares prácticamente inalcanzables en cuanto al peso y talla. Un estudio realizado en niños de 9 a 13 años mediante el Test de Actitudes Alimentarias para Niños (ChEAT) y el cuestionario de Perfeccionismo Infantil(148) objetivó que casi un 10% presentaban un TCA, sin haber diferencias por sexo (hallazgo contradictorio en relación a estudios anteriores donde las niñas presentaban una prevalencia superior). Así mismo, se estableció una asociación significativa entre la

puntuación del ChEAT y la del Perfeccionismo, apoyando a la literatura previa que constituye el perfeccionismo como un factor de riesgo de TCA, además de un factor de mantenimiento una vez instaurado el cuadro(149).

A continuación se profundizará en la influencia de los medios de comunicación y las redes sociales en adolescentes con el objetivo de establecer los matices de la internalización del ideal estético (factor de riesgo con un amplio consenso) en este grupo poblacional y analizar las consecuencias en la imagen corporal.

5.5.2. Medios de comunicación y publicidad

Los adolescentes invierten una media de 7 o más horas diarias en diferentes medios de comunicación, lo que supone una inversión de tiempo superior a cualquier otra actividad, excepto en dormir(150). La gran cantidad de horas dedicadas sumado al hecho de que la visualización de este contenido se realiza sin un punto de vista crítico y que los jóvenes necesitan valores socioculturales donde sentirse referenciados, hace de los medios de comunicación de masas uno de los mecanismos más relevantes a la hora de modelar la personalidad y las ideas de este grupo etario(151).

Un estudio realizado en adolescentes para analizar la influencia de la publicidad de productos alimentarios (40) mostró que muchos de ellos no eran capaces de diferenciar entre las variables “Estética Corporal” y “Sentirse Bien”, entrelazando estos dos conceptos y atribuyendo cualidades saludables a productos destinados a adelgazar, independientemente de la calidad del producto. Por ejemplo, un spot donde se “castigaba” a una mujer por consumir productos altamente calóricos, únicamente detectaban el valor “salud” como algo positivo, sin cuestionar el objetivo final de ese spot: la persecución del ideal estético femenino de delgadez. Otra estrategia publicitaria reflejada en este estudio fue la identificación, entendida como un medio por el cual los consumidores modulan las percepciones que tienen de sí mismo y establecen metas personales en cuanto a los ideales estéticos. Prueba de ello fue que las adolescentes con un alto grado de distorsión corporal se identificaron en mayor medida con los anuncios de productos alimentarios dietéticos(152).

Como ya analizamos anteriormente, el deseo de parecerse a los personajes televisivos y la discrepancia entre la percepción del propio cuerpo y aquellos que salen en la televisión son factores de riesgo para los TCA. Además, el hecho de que amigos cercanos compartan ese deseo por alcanzar los modelos estéticos supone un agravante(153). Se ha visto que la susceptibilidad ante esta influencia es superior en mujeres, estableciendo como posible explicación (además de todo lo explicado hasta ahora) el hecho de que las mujeres pasen más tiempo viendo la televisión y los hombres pasen más del doble de tiempo que las mujeres con consolas de juegos, por lo que se exponen menos tiempo a los mensajes de la TV(154). Sin embargo, la aparición de las redes sociales introduce una nueva variable que deja esta explicación en cierto modo obsoleta.

Por último, cabe señalar la gran discrepancia en la relación a la comida entre la infancia y la adolescencia. No es infrecuente el consumo de productos altamente calóricos durante la infancia, muchas veces estableciendo circuitos de recompensa a través de la comida como pueden ser los cumpleaños, días festivos o consecución de méritos y la consumición de productos azucarados o “fast food”. Sin embargo, la realidad de los adolescentes cambia drásticamente cuando comienzan a identificarse con cuerpos adultos que promueven el ideal estético como máxima vital. Tras muchos años recibiendo mensajes publicitarios que relacionan el ideal estético con éxito personal, es en este momento cuando muchos de ellos se embarcan en la empresa del “cuerpo perfecto”(155).

5.5.3. Importancia de las redes sociales

El uso de Internet y redes sociales se considera una adicción creciente entre adolescentes y adultos jóvenes cuyas implicaciones aún no están completamente filiadas. Según la encuesta EDADES 2019/20(156) la mayor prevalencia de uso de internet se da entre los 15 y los 44 años, con un uso compulsivo del mismo en casi un 4% de la población. Este problema es más prevalente entre jóvenes de 15-24 años, donde casi un 20% hacen un uso compulsivo de las redes sociales, observándose una mayor prevalencia entre las mujeres.

Instagram se ha establecido como una de las redes más predominantes entre estudiantes, provocando más efectos psicológicos y adicción que otras redes sociales de gran popularidad como Facebook o

Twitter(157). En relación a la adicción a internet y el uso compulsivo del teléfono, la soledad se ha establecido como un factor esencial tanto en hombres como en mujeres. Se han objetivados cambios emocionales y del estado de ánimo(158), llegando incluso a depresión e ideación suicida(159) y aparición de emociones negativas e incapacidad de enfrentarlas. Sin embargo, algunos estudios plantean la posibilidad de que las redes sociales funcionen como una comunidad de apoyo y por lo tanto tengan efectos beneficiosos a nivel mental en situaciones conflictivas(160). Será necesario analizar las consecuencias a la largo plazo para llegar a conclusiones firmes.

Una tesis sobre la influencia de los medios de comunicación y redes sociales en la salud de los adolescentes y adultos jóvenes(161) estableció importantes relaciones entre las redes sociales y la imagen corporal de estudiantes universitarios españoles. Los videos de figuras de famosas a través de redes sociales demostraron una gran influencia en cuanto diseminadores relevantes de información, destacando el hecho de que quienes participan en estos videos acostumbran a promover estereotipos específicos de belleza. Ambos géneros pasaban grandes periodos de tiempo en redes sociales, sin embargo, los hombres del estudio presentaron niveles más altos de satisfacción corporal y un efecto ligeramente menor de los anuncios, mientras que las mujeres reportaron menor satisfacción corporal, mayor influencia de la publicidad y mayor predisposición a modificar conductas para conseguir el cuerpo deseado. Por lo tanto, el grado de IC se correlacionó con la frecuencia en el uso de redes sociales, la interiorización del ideal de belleza y el efecto de la publicidad.

En la misma tesis, se analizó la relación entre redes sociales, IC y TCA en mujeres universitarias españolas(161), estableciendo que las redes sociales juegan un importante rol en los TCA. En estudios previos se definió la influencia de las redes según el contenido y los selfis que los usuarios colgaban y no por la frecuencia de las conexiones(157), sin embargo, en este estudio la duración y frecuencia de las conexiones se relacionaron con la pérdida de peso y la restricción alimentaria. Paralelamente se analizaron los niveles de testosterona prenatal, proponiendo la hipótesis de que niveles elevados de la misma podrían disminuir la probabilidad de presentar un TCA entre mujeres. Sin embargo, los resultados deben ponerse en relación con las condiciones ambientales durante el embarazo y no centrarse únicamente en los niveles de la hormona.

5.5.4. Enfoque de género

Como ya se ha dicho, durante la adolescencia buscamos desligarnos de la influencia parenteral y establecer un camino propio, siendo una de las mayores metas de esta etapa crear una identidad genuina. Sin embargo, hombres y mujeres utilizan diferentes mecanismo para alcanzar este objetivo, siendo para las mujeres un periodo especialmente difícil en cuanto al desarrollo identitario.

El contexto sociocultural en el que vivimos establece creencias y expectativas tan marcadas en relación al género que dificulta en gran medida las posibilidades de experimentar con nuestra propia identidad. Concretamente, los moldes a los que tienen que adaptarse las mujeres son más rígidos y están sujetos a mayor crítica, dejándolas en una situación más vulnerable a nivel psicológico para enfrentarse al conflicto entre individualidad y conformismo(162). Este proceso de socialización afecta sustancialmente a la autoimagen y autoestima de las adolescentes, lo que puede desembocar en problemas a largo plazo para formar y mantener relaciones funcionales así como para desarrollar conductas dañinas(163).

La prevalencia de chicas adolescentes entre las pacientes con TCA sugiere de por sí que aspectos relacionados con la transición a la adultez están involucrados en el curso de estos desordenes(164). Género femenino y la preocupación por el peso son importantes factores de riesgo para el desarrollo de TCA en la adolescencia, con explicaciones tan alarmantes como que las chicas incrementan su IC durante esta etapa, mientras que los chicos la disminuyen (165). A pesar de esto, los estudios suelen centrarse en las características clínicas y rasgos de personalidad como obsesiones, compulsiones, perfeccionismo, baja autoestima, carácter intolerante, deseo de aceptación, dificultades para entablar relaciones interpersonales...(166). Sin embargo, se trata de predictores pobres a largo plazo para el desarrollo de TCA, por lo que será necesario incluir aspectos socioculturales. En esta línea, un estudio sobre el valor predictivos de los roles y expectativas de género en mujeres adolescentes a través del Three Question of Ideals(167), obtuvo los siguientes resultados: los roles de género (incluido el ideal estético), el miedo a la madurez, un debut sexual precoz y conductas alimentarias aberrantes (como el vómito provocado) son predictores significativos para un TCA.

Carol Gilligan(168) concluyó que la forma de describir el mundo y los conflictos morales son diferentes para las mujeres. Ellas se definen a sí mismas dentro de un contexto de relaciones humanas por lo que se valorizan según su capacidad para cuidar y relacionarse, quedando más expuesta a la opinión ajena y con un mayor miedo al rechazo. En contraposición, los varones son educados para dar prioridad a lo individual y no son valorados por sus capacidades sociales. Por otro lado, Davis et al.(169) en un estudio con pacientes con TCA encontró que muchas de las adolescentes con estos trastornos presentaban características físicas socialmente clasificables como atractivas. Ante este hecho planteó la posibilidad de que las chicas más atractivas, al ser frecuentemente halagadas por este hecho, sobrevaloran el atractivo físico y le otorgan más atención por entenderlo como una parte esencial de su valor personal.

Un estudio realizado con chicas de 8 a 12 años(170) mostró que aquellas con un fuerte sentimiento del Yo, tendían a ser sinceras y confiadas, sin embargo, comenzaban a ser mucho más conformistas e inseguras durante la adolescencia. En esta etapa comenzaban a desarrollar aquellos atributos esperables para el género femenino como la capacidad de escucha, asertividad o empatía, pero empezaban a dejar de lado su parte más contestataria y a frenar el desarrollo de su personalidad con el fin de agradar a su entorno y evitar conflictos. Se trata de un proceso paradójico en el que rompían la relación consigo mismas para establecer relaciones con otros, resultando en lo que Belenky et al. describen como la “pérdida de la voz femenina”. La imposibilidad de desarrollar la personalidad y sentimientos de amor propio se relaciona con la necesidad de aceptación y cumplimiento de las expectativas impuestas, además de un riesgo aumentado de depresión, uso de drogas, embarazos indeseados, relaciones de violencia o TCA(171).

En relación a esto último, estudios comparativos entre adolescentes de ambos sexos(172) demostraron que las chicas, a pesar de presentar menores tasas de sobrepeso y obesidad, se percibían casi el doble de veces más gordas, aun cuando estaban en un IMC óptimo. Además estaban más insatisfechas con su imagen corporal (independientemente de su IMC) y tendían a realizar muchas más dietas para bajar de peso. La capacidad predictiva de la percepción corporal fue mayor en chicas, siendo esta percepción el motivo real por el que hacían dietas y no su peso o IMC.

Por último, otro estudio estableció que la frecuencia en la lectura de revistas de moda influencia en la idea de un cuerpo perfecto el 69% de las chicas adolescentes, e incluso el 60% de las lectoras infrecuentes sienten que la influencia de los medios es crucial en su ideal estético, reconociendo en las imágenes el mecanismo más potente para implantar el deseo de estar delgadas(173).

5.6. PREVENCIÓN

La prevención de los TCA no debe plantearse como una estrategia individual, sino que será preciso analizar las condiciones culturales y sociales que subyacen bajo estos trastornos. La prevención primaria de los TCA implica una identificación precoz de grupos de riesgo, programas de educación nutricional, prácticas deportivas saludables, divulgación sobre esta patología para desmentir estereotipos, concienciación sobre los efectos de los medios de comunicación sobre la imagen corporal... y un largo etcétera.

Será de gran importancia establecer variables específicas para los TCA en niños, preadolescentes y adolescentes con el objetivo de detectar precozmente estos trastornos, intervenir de manera temprana y evitar la cronificación de los mismos. Además de ser una etapa clave en el desarrollo de los TCA, y por lo tanto un momento idóneo para intervenir, también es reseñable el hecho de que una vez establecido el trastorno hay casos donde es extremadamente difícil de revertir. Estudios en esta línea demostraron que adolescentes con gran sintomatología alimentaria continuaban con su TCA hasta 10 años tras el diagnóstico(174).

La promoción de programas socioeducativos para prevenir la insatisfacción corporal también se erigen como un pilar central. Aprender a identificar la presión social por alcanzar estándares de belleza y promover modelos realistas y saludables será clave a la hora de formar o reconstruir la autoestima de un individuo. Igualmente importante será analizar los roles de género y tomar conciencia de las limitaciones que ellos suponen. Favorecer conductas andróginas por las cuales un mismo sujeto fluctúa entre cualidades socialmente femeninas y masculinas conlleva a un manejo más eficaz de situaciones cotidianas así como periodos de estrés, por lo tanto, educar en estos términos otorga a los individuos herramientas para una mejor gestión de problemas.

En relación a la gestión de situaciones conflictivas, también será necesario enseñar mecanismos adaptativos para una buena gestión de emociones ya que varios estudios han establecidos relaciones entre la

aparición de TCA y estilos de afrontamientos evitativos(175). El optimismo disposicional, sin ser un mecanismo adaptativo como tal, supone un rasgo de la personalidad que contribuye a la resiliencia, modelando el efecto de factores estresantes de la vida y por lo tanto, considerado un factor protector y potenciador de la salud física y mental(176). De igual modo, la inteligencia emocional juega un rol importante a la hora de gestionar sentimientos negativos, desencadenados en muchos casos por los propios cánones de belleza. El hecho de no saber lidiar con este tipo de sentimientos suponen un factor de riesgo tanto para el desarrollo como para el mantenimiento de los TCA(177). Un ejemplo de ello fue demostrado por un estudio en adolescentes que habían sufrido abusos sexuales, concluyendo que aquellos que habían exteriorizado y compartido con su entorno la experiencia traumática, presentaban menores tasas de TCA que aquellos que lo habían ocultado(178).

Por otra parte, la influencia de las redes sociales cobra cada vez más relevancia en el análisis de este tipo de trastornos, ya que el ideal de belleza está ampliamente generalizado en las redes. Existe una creciente preocupación por parte de los profesionales de la salud por el número de horas invertidas en las redes y la creciente prevalencia de TCA, por lo que la necesidad de campañas de concienciación en este aspecto parece indiscutible(161). Un tema especialmente conflictivo, sobre todo por su reciente aparición y la falta de estudios al respecto, son las herramientas que algunas redes sociales incorporan para la modelación facial. Conocidos como “filtros” se trata funciones capaces de modificar las características faciales para aproximarlas a los rasgos estéticos canónicos (ojos grandes, labios gruesos, pómulos prominentes...). El debate en torno a estos filtros surge ante la duda de si este tipo de funciones pueden llegar a generar niveles más o menos graves de dismorfia corporal y un deseo más tangible de modificar la apariencia física, bien a través de hábitos dietéticos, deportivos o incluso cirugías estéticas.

Otro tema de especial relevancia es la orientación sexual e identidad de género. La falta de formación de los profesionales de la salud en temática LGTBI supone una traba a la hora de tratar trastornos tan complejos como son los TCA. Hacer de las consultas espacios donde poder hablar abiertamente de sexualidad es trabajo de los profesionales, por lo que el primer paso es promover la formación de los mismos. Así mismo, fomentar programas educativos y de concienciación facilitarían la integración de la comunidad LGTBI y evitarían experiencias traumáticas, muchas veces implicadas en el desarrollo de TCA.

Por último, se ha visto que la promoción de la actividad física como una vía para el autoconocimiento y la conciencia del propio cuerpo favorece la presencia de ideas realistas en cuanto a la imagen corporal y supone una influencia positiva para la prevención de los TCA. Sin embargo, el deporte conforma en muchos casos un eslabón más en el engranaje del ideal estético, por lo que habrá que combinarlo con estrategias que contribuyan a encontrar un equilibrio entre el control ponderal y un estilo de vida saludable(179).

5.6.1. Medidas preventivas específicas para mujeres

Debido a la mayor prevalencia y problemática específica de los TCA en mujeres, las medidas preventivas deben establecerse específicamente para este grupo poblacional. Del mismo modo debería realizarse para aquellos grupos que precisen un análisis pormenorizado, sin embargo, en el presente trabajo nos centraremos en lo referente las mujeres y los TCA.

Como se ha explicado anteriormente, la internalización del ideal estético en mujeres predice la autocosificación y la valorización de uno mismo a través de los ojos de los demás. Esta realidad desemboca en conductas de vigilancia corporal constante, que a su vez provocan una sobredimensión de la talla y sentimientos negativos hacia el propio cuerpo tales como vergüenza o ansiedad. La restricción alimentaria y los trastornos por atracón están mediados a través de esta clase de sentimientos negativos, por lo que deben ser considerados un objetivo de intervención crucial(180). Añadir la autocosificación como un elemento clave dentro de los programas tradicionales de disonancia cognitiva incrementa la reducción de trastornos de la imagen corporal y los TCA, obteniéndose mejores resultados que con modelos previos(181). En esta línea, estudios en mujeres con IC demostraron una tendencia a focalizar la atención en aquellas mujeres que consideraban atractivas, otorgando mayor relevancia a las partes corporales que más distaban de las suyas propias. Por este motivo, se ha visto que programas de reconversión de la atención a través de los cuales se enseña a las mujeres a centrar su atención en las partes de su cuerpo que consideran más atractivas aumenta su satisfacción corporal(182).

Sin embargo, este tipo de estrategias no dejan de ser parche ante una problemática mucho más compleja. Para desmontar la teoría de la cosificación y que las mujeres puedan encontrar valía en aspectos no

relacionados con el atractivo físico o las capacidades de cuidado serán necesarios extensos y profundos cambios a nivel social. El primer paso será ofrecer a las mujeres las herramientas necesarias para lidiar con las expectativas que la sociedad coloca sobre ellas, ya que solo de esta manera se evitará la dilución de su personalidad hacia conductas mucho más tranquilas y sumisas, lo que Belenky clasificaba como la “pérdida de la voz femenina”.

Será necesario retirar el foco social de la imagen corporal de las mujeres, para lo que es necesario empoderar a las mismas pero también eliminar aquellas dinámicas que perpetúan el poder sobre los cuerpos femeninos. Un claro ejemplo son las entrevistas que la prensa realiza a mujeres famosas, en las que en muchos casos solo se les pregunta por su físico, maternidad o relaciones amorosas, en contraposición a las entrevistas realizadas a figuras masculinas donde se profundiza en temas mucho más intelectuales. Otra muestra de esta realidad es lo normalizados que están los comentarios u opiniones sobre los cuerpos femeninos. No son infrecuentes comentarios sobre los cambios de peso de una persona, realizando asociaciones positivas entre delgadez y belleza pero nunca al contrario. Sin embargo, en relación a esto último cabe destacar el hecho de que mujeres muy delgadas también reciben comentarios negativos en cuando a su físico, asociando gran delgadez con enfermedad sin tener en cuenta la complexión de la persona. Esto demuestra que el cuerpo femenino siempre está bajo la opinión ajena, por lo que es necesario educar en valores de respeto y cuidado, estableciendo unos límites más marcados en torno a los cuerpos de las mujeres para que puedan recuperar el control sobre los mismos.

Permitir el desarrollo en ámbitos intelectuales, deportivos, artísticos, espirituales...etc. amortigua el efecto de los medios de comunicación y la difusión del mensaje de que el cuerpo femenino constituye el elemento central de la vida de una mujer. Igualmente, educar a nivel sexual de una manera mucha más cercana y abierta permitirá que las jóvenes tengan más información y por lo tanto más control y capacidad de decisión sobre sus propios cuerpos. Ofrecer desde edades tempranas todas las oportunidades posibles, independientemente del género, supone una ventaja a la hora de proyectarse hacia situaciones futuras.

En este sentido, la creciente presencia de referentes femeninos que rompen con los estereotipos del género o simplemente figuras femeninas en posiciones sociales hasta ahora cubiertas por hombres supone un elemento de gran ayuda. Estudios realizados en chicas adolescentes recuperadas tras situaciones de vulnerabilidad mostraron que el 85% de las mismas describían una relación de gran importancia con una mujer de mayor edad, siendo en todos los casos una figura de referencia y una motivación para aumentar el respeto hacia ellas mismas y su confianza.

De igual manera, se ha demostrado que relaciones de resonancia, con implicación bidireccional y apoyo mutuo, son necesarias para el desarrollo psicológico de las adolescentes(170), por lo que la figura de mujer-psicóloga deberá transicionar hacia relaciones donde haya espacio para el mutuo cuidado. Por lo tanto, la socialización de las mujeres a través de las relaciones interpersonales desarrollando características tales como asertividad o capacidad de escucha, deberá dejar paso al desarrollo de individualidad y sentimientos de autovalía y amor propio.

6. DESARROLLO Y DISCUSION

Existe un gran respaldo en la literatura que apoya la idea de que la estructura sociocultural juega un papel central en la etiología y el mantenimiento de los TCA. Las relaciones familiares, de amistad o amorosas, sumadas a elementos como el género, clase social, raza, nacionalidad, orientación sexual... etc. modulan la influencia ejercida por los medios de comunicación a la hora de expandir el ideal estético occidental. Así mismo, es necesario entender que etapas vitales como la adolescencia o experiencias traumáticas como abusos sexuales o trastornos de apego, se entrelazan con todos los elementos antes mencionados, convirtiendo los TCA en patología extremadamente complejas. Para llegar a desarrollar programas de prevención y detección temprana, así como establecer nuevos enfoques terapéuticos, será necesario contextualizar este tipo de patologías desde un punto de vista holístico e integral, apoyándose en ciencias como la biomedicina, la psicología o la antropología entre otras.

Para explicar el origen sociocultural de los TCA muchos autores defienden que los medios de comunicación, la familia y entorno social próximo son los más influyentes durante la formación de la imagen corporal(12), sin embargo, hay muchos otros factores que juegan un papel igualmente importante.

A la hora de analizar el rol de los medios de comunicación, concluimos que se trata de los principales difusores del ideal estético y de las connotaciones que lo acompañan(15). La publicidad, programas de televisión, revistas... etc. se han encargado de modelar y transmitir el canon de belleza y establecerlo como símbolo de status social. Como consecuencia, el hecho de no adecuarse a los patrones de belleza, hoy en día es sinónimo de fracaso, y se ha establecido una firme creencia de que solo a través del cuerpo “delgado” seremos capaces de conseguir esa imagen de prestigio y autosuficiencia que promulgan los medios.

La estrecha relación entre atractivo físico y autoestima se constituye como una asociación muy poderosa para la industria de la belleza. Una sociedad que vive inmersa en la cultura de la imagen, con normas tan rígidas sobre lo que es o no atractivo, refuerza en gran medida que la confianza en uno mismo y la autoestima se conformen en torno a la imagen corporal. Esto provoca que los individuos quieran encajar a toda costa dentro de estos estándares, ya que solo de esta manera serán aceptados por la sociedad y recibirán el feedback positivo necesario para la conformación de la autoestima.

A través de los medios, la industria de la belleza y la moda se ha encargado de extender la creencia de que con esfuerzo cualquier cuerpo puede ser modificado. Mediante esta asociación han generado un negocio que se autoperpetúa indefinidamente: las personas seguirán creyendo que pueden (y deben) modificar sus cuerpos, pero nunca llegarán a estar completamente satisfechas con él, por lo que la búsqueda será eterna y las ganancias también. Es necesario reflexionar sobre el papel que jugamos individualmente dentro de este sistema, ya que nosotros mismos somos rechazados por no entrar en el patrón, pero también rechazamos a quien no se adecúa a él. Por lo tanto cada uno de nosotros somos agentes oprimidos pero también de opresión, por lo que la solución vendrá de la mano de la reflexión individual, pero sobre todo, de profundos cambios a nivel social.

Si analizamos la influencia de la familia y las relaciones de amistad y amorosas, encontramos que se establecen como elementos clave. Un entorno familiar donde la preocupación por el físico es muy notoria (especialmente por parte de la figura materna) supone un estímulo que refuerza los cánones difundidos por los medios de comunicación(21). Lo mismo ocurre con las amistades, donde grupos en los que está extendido el deseo por alcanzar un cuerpo canónico de una manera explícita, se objetivan niveles más altos de IC. Así mismo, la falta de comunicación dentro del núcleo familiar, dificultad para entablar relaciones de amistad o escaso apoyo percibido suponen situaciones predisponentes para una baja autoestima e IC, y por lo tanto mayor riesgo de TCA(26).

Entre otros factores influyentes encontramos la clase social o la nacionalidad. La prevalencia de los TCA en países emergentes es cada vez mayor, fenómeno parcialmente explicado por la expansión de los cánones de belleza de Occidente. Sin embargo, es necesario preguntarnos si existe una relación entre el aumento de derechos civiles (sobre todo en materia de igualdad de género) y una mayor necesidad de establecer el ideal de belleza como un mecanismo de control y contención de las mujeres, teorías que ya han sido propuestas por grandes autoras como Fredrickson y Roberts, Friedan o Wolf. Igualmente, se han establecido relaciones entre el incremento de los TCA y el grado de urbanización, calidad de vida y poder económico, ya que grupos

poblacionales que antes no eran un nicho de mercado para la industria de la belleza, comienzan a recibir mensajes de un modo más explícito para el consumo de productos destinados a alcanzar el ideal estético.

Del mismo modo que se ha creado una asociación entre delgadez y éxito personal, otros dos conceptos se han visto entrelazados de manera indistinguible: canon de belleza y salud. De esta manera, se ha hecho creer a la población que solo quienes se adecúan al ideal corporal gozarán de buena salud, justificando así el consumo de productos dietéticos para adelgazar, artículos cosméticos para mantener una eterna juventud, el creciente número de gimnasios y nutricionistas, hábitos alimentarios patológicos o la realización de ejercicio específico según el cuerpo buscado. Al imponer la “salud” como una obligación más dentro del modelo de éxito personal y dar las herramientas necesarias con las que supuestamente todo el mundo puede conseguir sus objetivos, entra una variable muy poderosa en todo este entramado: la culpa. Las conductas compensatorias como ayunos o ejercicio desmedido, son una muestra más del malestar que nos genera la industria de la belleza y la salud, donde la responsabilidad última por conseguir el cuerpo ideal recae en el individuo, y solo a través de sus normas seremos capaces de alcanzar el bienestar con nosotros mismos.

Otros dos temas de especial relevancia son los espacios pro-Ana y pro-Mia y el mundo de la pornografía. A pesar de representar problemáticas concretas, ambos elementos suponen canales de difusión del ideal estético asociado a conceptos como el acceso a la sexualidad en el caso de la pornografía, o la consecución del canon de belleza y bienestar corporal en el caso de los mensajes Pro-Ana/Mia. En relación a la pornografía, la falta de educación sexual provoca que sea en estas plataformas donde se produce el aprendizaje de conductas y deseos en torno al sexo, lo cual supone un problema social de gran calibre si tenemos en cuenta la realidad mostrada en estos espacios (prácticas sexuales de riesgo, conductas profundamente violentas, invisibilización del placer femenino...etc.). Además, la descripción de lo que se considera un cuerpo deseable es muy explícita, por lo que la pornografía supone una influencia muy notoria para la conformación de imagen corporal, sobre todo si tenemos en cuenta que el acceso a estas plataformas se produce a edades muy tempranas.

Por otro lado, los espacios pro-Ana/Mia ponen en manifiesto de una manera muy alarmante la realidad en la que viven muchas personas, sobre todo mujeres. Esta problemática surge de la interiorización del ideal estético hasta un punto extremadamente patológico, estableciendo la delgadez como objetivo vital y provocando trastornos muy complejos de sobredimensión de la imagen corporal. A pesar de los esfuerzos que se hacen para eliminar este tipo de plataformas de las redes, mensajes pro-Ana/Mia siguen encontrándose de un modo más o menos explícito.

Un tema central en este trabajo ha sido la influencia del género en los TCA y el papel de los diferentes roles de género en la imagen corporal y el ideal estético, estudiando de manera independiente a los hombres y a las mujeres. Sin embargo, es necesario puntualizar que al clasificar de manera binaria a la población muchas minorías quedarán fuera de este análisis, lo que pone en evidencia la falta de estudios con parámetros más laxos e inclusivos en este tipo de investigaciones.

Los estudios realizados en este campo han demostrado una clara asociación entre género femenino e ideal de delgadez, mientras que el masculino se relaciona con el ideal de fortaleza(58). Por este motivo, las asociaciones más frecuente entre género y trastorno de la imagen corporal fueron: mujeres y AN, y hombres y TDM(63). Tras analizar las relaciones entre estas variables, se concluye que la interiorización del ideal estético femenino es un factor de riesgo para desarrollar un TCA y la interiorización del ideal estético masculino lo es para el TDM(66), a pesar de ello, será necesario analizar si estas variables se entrelazan con el paso del tiempo y las variaciones en el ideal estético, ya que cada vez son más frecuentes las imágenes de mujeres tonificadas y no tan delgadas.

Si nos centramos en las mujeres, toda la literatura apunta a que presentan niveles de IC más altos que los hombres, sin embargo, la importancia que otorgan al físico decrece con la edad(62). Podemos dividir la problemática que afecta a las mujeres bajo dos titulares: al ideal de delgadez y el ideal de feminidad. En relación al primero, un meta-análisis demostró que la presión por estar delgada a través de la interiorización del ideal estético y la insatisfacción corporal en mujeres, aumenta el riesgo de conductas dietéticas patológicas, sentimientos negativos y TCA, además de perpetuar los mismos una vez instaurados(76). Así mismo, aquellas con mayor IC prestan más atención al ideal de belleza y lo encuentran más atractivo(62), constituyendo circuitos de retroalimentación positiva.

Por otro lado, se ha establecido la “hipótesis de la feminidad”(77) para intentar establecer una explicación a la estrecha relación que existe entre rol de género femenino y TCA(78)(69)(80). Entre los estudios de Behar et al. encontramos que la feminidad se establece como el rasgo genérico más frecuente entre pacientes con TCA, definiéndose a través de rasgos como dependencia, inmadurez, complacencia, baja autovalía y confianza en sí mismas, lealtad, sinceridad o compasión. Por el contrario, son considerados factores protectores en mujeres aquellos rasgos clasificados como andróginos: alta autoestima, estabilidad emocional, limitada conciencia de sí mismas e interés por un cuerpo sano más que por una apariencia atractiva(55). Las chicas con TCA obtienen mayores puntuaciones para feminidad, y cuanto más femeninas se identifican, mayor es la motivación por adelgazar y la IC. En contraposición, los grupos sin TCA se identifican menos con los roles de género y presentan menor IC(79). Por lo tanto, se concluye que el rol de género femenino se constituye como un factor de riesgo para los TCA y que son necesarios programas educativos que aborden la temática del género con el fin de alcanzar un sociedad mucho más laxa en estos términos.

En relación a los hombres y al rol de género masculino en los TCA se ha observado que la prevalencia de IC ha aumentado significativamente en las últimas décadas, alcanzando cifras de hasta un 43% según algunos estudios(81). Varios análisis muestran que la exposición a anuncios con modelos muy musculados provoca una brecha entre la percepción del propio cuerpo y el ideal estético, mayor grado de IC, menor percepción del atractivo físico e insatisfacción con su musculatura(86). Otros estudios señalan que los hombres con AN se visualizan a sí mismos y son vistos por los demás como más femeninos, mientras que los que presentan facetas masculinas son más prevalentes en el grupo de los TDM(89), sin embargo, metaanálisis realizados en este campo no ofrecen relaciones concluyentes entre masculinidad e insatisfacción corporal en relación a la musculatura, ni tampoco en relación a los TCA(87).

No está claro que el análisis etiopatogénico de los TCA en el género femenino sea extrapolable al masculino, por este motivo se están desarrollando escalas multidimensionales específicas como el CMNI, MBAS, MBIDS o DMS. Se cree que la aplicación de estas escalas de un modo más extendido podría ser la clave para aclarar las relaciones entre rol de género masculino, IC y TCA/TDM, ya que a día de hoy no podemos establecer relaciones concluyentes.

Otro bloque de análisis de gran importancia es la orientación sexual y la identidad de género. Estudios en esta campo establecen que hasta un 8,8% de los adolescentes diagnosticados de patología alimentaria se identifican como parte de la comunidad LGTBI(91), y que los jóvenes LGTBI de ambos sexos presenta mayor riesgo para las conductas de control del peso, TCA e IC, especialmente los hombres gays o bisexuales(92). Con el objetivo de dar una explicación a esta realidad, se ha establecido que tanto las experiencias de objetivización sexual como las situaciones negativas durante la infancia en relación a la identidad de género no canónica (como actitudes homofóbicas), son factores de riesgo para una mayor influencia de los medios de comunicación y el ideal estético, alteraciones de la imagen y vergüenza corporal(93).

Si nos centramos en la problemática de hombres gays y bisexuales, encontramos que el 42% del total de hombres diagnosticados de TCA forman parte de este grupo, una prevalencia mayor que en el caso de las mujeres pertenecientes a minorías sexuales(91). A la hora de analizar esta situación, varios estudios señalan que los hombres homosexuales presentan puntuaciones más altas para la motivación por adelgazar, IC y ansiedad por su apariencia corporal, además de una mayor influencia por parte de los medios y tasas superiores de preocupación por la alimentación(96). Hipótesis en torno a este fenómenos postulan que existe una mayor presión por parte de la comunidad gay por estar delgados y musculados, otorgando una gran importancia al atractivo físico(97), además de una posible relación con el rol de género femenino.

La literatura actual apunta a que los atributos masculinos no están relacionados con los TCA o incluso son un factor protector, y los atributos femeninos son un factor predisponente. Sin embargo, a pesar de que algunos estudios han establecido relaciones positivas entre atributos femeninos en hombres homosexuales y mayor IC, insatisfacción muscular y síntomas alimentarios, otros lo desmienten(87), por lo que no queda clara la relación entre estas variables y son precisas más investigaciones.

Los escasos estudios entre mujeres lesbianas y bisexuales apuntan a una mayor satisfacción con sus cuerpos en relación al atractivo sexual y una menor internalización de los cánones de belleza(10). Según algunos autores, el hecho de que las lesbianas tiendan a desafiar los ideales estéticos culturalmente

establecidos, las hace menos susceptibles a las dañinas consecuencias de la internalización del canon de belleza, aceptando en mayor medida sus propios cuerpos y presentando menor predisposición para los TCA(103). Sin embargo, la falta de estudios concluyentes en este campo hace necesario nuevos análisis y enfoques que establezcan los posibles factores protectores para los TCA de este grupo poblacional.

Por último, en relación a la disforia de género se ha demostrado que individuos con este diagnóstico presentan altos niveles de IC y por lo tanto, mayor riesgo de TCA en comparación a la población cisgénero y hombres o mujeres homosexuales(106). Por otra parte, los adolescentes y adultos jóvenes transgénero muestran una elevada prevalencia de conductas compensatorias como purgas a través del vómito o laxantes y en el uso de pastillas para adelgazar(92). Cabe destacar el hecho de que las mujeres trans tienen mayor riesgo de IC y TCA que los hombres trans, lo que pone en manifiesto una vez más la mayor presión social para adecuarse al ideal estético a la que están sometidas las mujeres, tanto cisgénero como transgénero(109).

A la hora de afrontar esta problemática no debemos focalizarnos en mejorar la satisfacción de partes corporales específicas a través de la intervención médica, sino que será necesario abordar aspectos psicológicos y sociales de la imagen corporal. Habrá que dar herramientas para enfrentar los sentimientos negativos hacia el propio cuerpo, reinterpretar de un modo positivo aspectos corporales que no pueden modificarse o aprender a lidiar con reacciones negativas de la sociedad. Del mismo modo, serán necesarias intervenciones a nivel poblacional para educar en valores de tolerancia y aceptación que lleven a una desestigmatización de estos sectores de la población.

Otro tema de análisis a lo largo de este estudio han sido los estándares culturales específicos en relación al canon de belleza. Estudios que analizan el componente multicultural en los TCA demuestran que las mujeres que no comparten las culturas dominantes (entendiendo como paradigma a la mujer blanca estadounidense) no poseen necesariamente parámetros comunes para definir la belleza. Bajo esta premisa, surge la necesidad de encontrar indicadores específicos de cada cultura para poder estudiar la relación entre etnicidad, ideales estéticos y satisfacción corporal.

Estudios en esta línea han demostrado particularidades en diferentes grupos étnicos. Entre ellos: hombres taiwaneses con menores tasas de preocupación por su imagen corporal masculina (musculatura y acondicionamiento físico) en comparación a los occidentales(115), mujeres afroamericanas quienes consideraban el tono de la piel como una dimensión clave dentro del monitoreo corporal y la insatisfacción(116), o mujeres surcoreanas quienes valoraban al tamaño y la forma de la cara como puntos clave del atractivo físico(117). Cabe señalar que el hecho de que las mujeres afroamericanas consideren el tono de piel como un elemento clave deriva de la influencia de los modelos canónicos Occidentales, donde el color de piel claro se ha relacionado no solo con la belleza, sino también con el poder y la riqueza. De igual modo, que las mujeres occidentales consideran a sus cuerpos como el mayor reclamo para atraer a los hombres, mientras que las mujeres asiáticas consideran que son sus características faciales las que cumplen esta función(118), probablemente derive de una sociedad más conservadora donde el cuerpo de las mujeres acostumbra, o acostumbraba, a estar tapado.

Se ha visto que una mayor objetivización sexual implica mayor internalización de los estándares dominantes de belleza, con tasas superiores de motivación por adelgazar, preocupación por la apariencia y un riesgo aumentado de TCA(126). Por lo que no es de extrañar que la influencia de Occidente en los medios de comunicación de países en vías de desarrollo o una mayor exposición a la cultura occidental por otros mecanismos, se acompañe de más IC y ratios superiores de patología alimentaria.

Uno de los puntos más impactantes de este trabajo surge de la investigación de la relación entre abusos sexuales y TCA. Se ha demostrado que existen unas tasas de abusos sexuales muy superiores entre pacientes con AN y BN(133), con datos tan alarmantes como que el 50% de las pacientes anoréxicas han sufrido abusos sexuales en el pasado(135).

La violencia o el abuso sexual durante la niñez o adolescencia tiene un impacto de por vida en la salud física y mental de las víctimas. Estas experiencias traumáticas están fuertemente relacionadas con el consumo en edad adulta de alcohol, tabaco u otras drogas, y la posibilidad de desarrollar una depresión o un TCA(127). Según la asociación ANAR(128) los abusos contra menores se han multiplicado por 4 en la última década, donde el 78% de las víctimas son mujeres, la mitad de ellas adolescentes entre 13 y 16 años. La edad a la que

ocurre el abuso es crítica, estableciéndose una mayor relación entre los abusos que ocurren antes de la adolescencia y los TCA. Por el contrario, los eventos alrededor o después de la pubertad suelen estar relacionados con el trastorno alimentario subyacente y no tanto con la etiología del mismo(130).

En relación a esto, se ha visto que pacientes con AN y BN presentan una serie de características clínicas que las predisponen a sufrir este tipo de abusos. Entre ellas, la impulsividad y la propensión hacia la promiscuidad sexual en paciente con BN o la retracción social y la dificultad para mantener relaciones afectivas entre pacientes con AN(134). Lejos de querer responsabilizar a las víctimas de estas experiencias, es necesario aclarar que los abusos sexuales son una muestra más de la profundas relaciones de poder entre hombres y mujeres, y en ningún caso es justificable una acción de este tipo a través de la culpabilización de la víctima.

Varios estudios muestran que pacientes abusadas sexualmente reaccionan a través de un TCA como una forma de defenderse de su feminidad, de castigarse y protegerse a través del rechazo su sexualidad. Por lo tanto, vemos que existe una compleja relación entre TCA y abusos sexuales, convirtiéndose en factor de riesgo el uno del otro. Es por este motivo que surge la necesidad de terapias dirigidas a restablecer una buena relación con el propio cuerpo, evitando la revictimización y recuperando la confianza en uno mismo a través de sentimientos de autovalía.

A lo largo de este estudio se ha demostrado que la adolescencia se sitúa como una etapa clave para el análisis de los TCA. Este periodo vital se establece como un momento crítico en el inicio de síntomas de casi todos los trastornos mentales mayores(137) y en concreto de los TCA, para los que un 10% de los niños españoles entre 8 y 12 años podrían estar en riesgo(140). A pesar de esta realidad, todavía no existen cuestionarios ni criterios adaptados para niños/preadolescentes, tratamientos con tasas de remisión de los síntomas superiores al 35-50% ni programas preventivo eficaces(141).

Entre los factores de riesgo establecidos en este grupo etario encontramos los pensamientos negativos hacia el propio cuerpo (cuya aparición se sitúa entre los 17-18 años), niveles bajos de autoestima, elevada preocupación corporal, enfermedades psiquiátricas en la familia (sobre todo si la figura materna presenta un TCA), actitudes perfeccionistas, sobredimensión de la talla, sobrepeso u obesidad, burlas o insatisfacción corporal(143)(144)(145). Cobra especial relevancia el papel del perfeccionismo tanto como factor de riesgo, como factor de mantenimiento una vez instaurado el cuadro(149).

En relación a los medios de comunicación, resulta alarmante el hecho de que los adolescentes inviertan una media de 7 o más horas diarias en los mismos, lo que supone una inversión de tiempo superior a cualquier otra actividad excepto en dormir(150). Como ya se ha dicho, los medios de comunicación se han establecido como los máximos exponentes del ideal estético, por lo que no es difícil prever los efectos negativos de una exposición tan desmedida.

Cabe señalar la gran discrepancia en la relación a la comida entre la infancia y la adolescencia. No es infrecuente el consumo de productos altamente calóricos durante la infancia, muchas veces estableciendo circuitos de recompensa a través de la comida como pueden ser los cumpleaños, días festivos o consecución de méritos y la consumición de productos azucarados o “fast food”. Sin embargo, la realidad de los adolescentes cambia drásticamente cuando comienzan a identificarse con cuerpos adultos que promueven el ideal estético como máxima vital. Tras muchos años recibiendo mensajes publicitarios que relacionan el ideal estético con éxito personal, es en este momento cuando muchos de ellos se embarcan en la empresa del “cuerpo perfecto”(155).

Por otra parte, al analizar la relación entre redes sociales e IC, se ha visto que juegan un importante rol en los TCA(161). El uso de Internet y redes sociales se considera una adicción creciente entre adolescentes y adultos jóvenes, quienes trasladan cada vez con más frecuencia su vida real a esta realidad virtual. Este tipo de espacios funcionan mediante circuitos de recompensa instantánea a través de comentarios positivos o reacciones de otros usuarios (“me gusta”), motivo por el cual se vuelven plataformas tan adictivas. El hecho de que los individuos sean valorados por el contenido que suben, provoca que las redes estén inundadas de imágenes concienzudamente seleccionadas de “cuerpos perfectos” y un absoluto silencio en cuanto a cuerpos no canónicos. La difusión de otro tipo de mensajes como pueden ser las imágenes haciendo deporte o las fotos o vídeos de recetas saludables, ayudan a reforzar el mensaje de que un cuerpo delgado es un cuerpo sano y que en nuestra mano está conseguirlo. Sobre todo si tenemos en cuenta que las imágenes han sido reconocidas como el mecanismo más potente para implantar el deseo de conseguir un cuerpo canónico(173).

Si sumamos el tiempo invertido en estos espacios al tipo de mensajes recibidos, podemos intuir la grave problemática que lleva asociado el mundo de las redes sociales. A pesar de que las implicaciones a la largo

plazo todavía no están filiadas, se sabe que existe una correlación entre el grado de IC y la frecuencia en el uso de redes sociales, la interiorización del ideal de belleza y el efecto de la publicidad(161), por lo que es indiscutible la necesidad de programas de concienciación sobre los efectos de un uso abusivo de las redes sociales.

Por último, si analizamos la prevalencia de chicas adolescentes entre las pacientes con TCA, sugiere que la transición a la adultez de las mujeres está involucrada en el curso de estos desordenes. En este sentido, se ha demostrado que género femenino y la preocupación por el peso son importantes factores de riesgo para el desarrollo de TCA en la adolescencia(165). Ante esta realidad, un estudio entre chicas de 8 a 12 años(170) mostró que aquellas con un fuerte sentimiento del Yo tienden a ser sinceras y confiadas, sin embargo, empiezan a ser mucho más conformistas e inseguras durante la adolescencia. En esta etapa comienzan a desarrollar aquellos atributos esperables para el género femenino como la capacidad de escucha, asertividad o empatía, y empiezan a dejar de lado su parte más contestataria y frenar el desarrollo de su personalidad con el fin de agradar a su entorno y evitar conflictos. Se trata de un proceso paradójico en el que rompen la relación consigo mismas para establecer relaciones con otros, resultando en los que Belenky et al. describen como la “pérdida de la voz femenina”. Ante esta imposibilidad de desarrollar la personalidad y sentimientos de amor propio, se ha establecido una mayor necesidad de aceptación y cumplimiento de las expectativas impuestas, además de un riesgo aumentado para depresión, uso de drogas, embarazos indeseados, relaciones de violencia o TCA(171).

La transición entre niñez y adolescencia en mujeres pone en manifiesto la influencia de la cultura a través de los roles de género y las consecuencias que puede tener en el desarrollo de un individuo. A medida que las niñas se van socializando a través de la familia, los amigos, los medios de comunicación... etc. van almacenando mensajes de qué y cómo deben ser las mujeres, y es durante la adolescencia cuando empiezan a vivir en primera persona las consecuencias de no adecuarse a dichas normas, en especial, a las corporales. Esta enseñanza progresiva provoca asociaciones entre comportamientos, actitudes o aspecto de las mujeres que no son positivamente valorados por la sociedad y por lo tanto generan una respuesta negativa: acción-reacción. De esta manera, las mujeres aprenden a prever las consecuencias de saltarse las normas sociales según el género (engordar, llamar demasiado la atención, rechazar la maternidad, dar prioridad al éxito laboral... etc.) y evitan a toda costa exponerse a ellas. Por lo tanto, no se trata simplemente de que la industria venda la idea de que el ideal estético va de la mano del éxito personal, si no que una mujer canónica tendrá más probabilidades de encajar en su entorno y tener más confianza en sí misma para alcanzar sus objetivos, por lo que intentar adecuarse al canon no es más que un mecanismo puramente adaptativo.

Como compendio final de este trabajo, se analizaron las posibles estrategias preventivas para frenar el crecimiento de los TCA. La prevención de estos trastornos no debe plantearse como una estrategia individual, sino que será preciso analizar las condiciones culturales y sociales que subyacen bajo esta problemática. La prevención de los TCA implica una identificación precoz de grupos de riesgo (para lo que será necesario establecer variables específicas para los TCA en niños, preadolescentes y adolescentes), programas de educación nutricional, prácticas deportivas saludables, divulgación sobre esta patología para desmentir estereotipos, concienciación sobre los efectos de los medios de comunicación sobre la imagen corporal... y un largo etcétera.

La promoción de programas socioeducativos para prevenir la insatisfacción corporal se erige como un pilar central. Aprender a identificar la presión social por alcanzar estándares de belleza y promover modelos realistas y saludables será clave a la hora de formar o reconstruir la autoestima de un individuo. Igualmente importante será analizar los roles de género y tomar conciencia de las limitaciones que ellos suponen. Favorecer conductas andróginas por las cuales un mismo sujeto fluctúa entre cualidades socialmente femeninas y masculinas, conlleva a un manejo más eficaz de situaciones cotidianas así como periodos de estrés, por lo tanto, educar en estos términos otorga a los individuos más herramientas para una mejor gestión de problemas.

Por otro lado, la falta de formación de los profesionales de la salud en temática LGTBI supone una traba a la hora de tratar trastornos tan complejos como son los TCA. Hacer de las consultas espacios donde poder hablar abiertamente de sexualidad es trabajo de los profesionales, por lo que el primer paso es promover la formación de los mismos. Así mismo, fomentar programas educativos y de concienciación facilitaría la integración de la comunidad LGTBI y evitaría experiencias traumáticas, muchas veces implicadas en el desarrollo de TCA. Así mismo, la influencia de las redes sociales, donde el ideal de belleza está ampliamente

generalizado, se sitúa en un posición de especial relevancia, en concreto entre adolescentes. Por este motivo, concienciar sobre el efecto de estos espacios y promover un uso racional de los mismos son algunas de las medidas que hay que abordar de manera urgente.

En relación a la prevención de los TCA en mujeres, los enfoques feministas pretenden demostrar que estos trastornos son consecuencia de una sociedad que devalúa a las mujeres, cosificando sus cuerpos y desacreditando muchos de logros femeninos pasados y presentes. Para desmontar la teoría de la objetivización y que las mujeres puedan encontrar valía en aspectos no relacionados con el atractivo físico o las capacidades de cuidado, serán necesarios extensos y profundos cambios a nivel social.

El primer paso será ofrecer a las mujeres las herramientas necesarias para lidiar con las expectativas que la sociedad coloca sobre ellas, ya que solo de esta manera se evitará la dilución de su personalidad hacia conductas mucho más tranquilas y sumisas. Permitir que se desarrollen en ámbitos intelectuales, deportivos, artísticos y espirituales ayudará a que no centralicen su valía en la parte corpórea y otorgará más herramientas para conformar una autoestima sólida. Para ello serán necesarios más referentes femeninos que rompan con los estereotipos del género o simplemente figuras femeninas en posiciones sociales hasta ahora cubiertas por hombres.

Educar a nivel sexual de una manera mucha más cercana y abierta permitirá que las jóvenes tengan más información y por lo tanto mayor capacidad de decisión sobre sus propios cuerpos. Del mismo modo, será necesario retirar el foco social de la imagen corporal de las mujeres, para lo que es necesario empoderar a las mismas pero también eliminar aquellas dinámicas que perpetúan el poder sobre los cuerpos femeninos. Para ello es necesario educar en valores de respeto y cuidado, estableciendo unos límites más marcados en torno a los cuerpos de las mujeres para que puedan recuperar el control sobre los mismos y no sentir que viven supeditadas a la opinión ajena.

Por último, la socialización de las mujeres a través de las relaciones interpersonales mediante el desarrollo de características tales como asertividad o capacidad de escucha, deberá dejar paso a relaciones de apoyo mutuo que permitan el progreso individual y sentimientos de autovalía y amor propio. De igual manera, el tratamiento debería incluir una terapia feminista que reconozca la influencia sociocultural como un pilar central, ya que solo de esta manera se conseguirá que las pacientes comiencen a apreciar sus cuerpos y entenderlos como herramientas de placer y no como elementos de sufrimiento y vergüenza.

Como conclusión final, para prevenir los TCA se deberá romper por completo con la idea de que estar delgada es sinónimo de confianza, belleza y atractivo sexual.

7. CONCLUSIONES

La estructura sociocultural juega un papel esencial en el desarrollo y mantenimiento de los TCA. Entre los agentes más influyentes encontramos los medios de comunicación de masas, constituyéndose como la herramienta más potente de la industria de la belleza y la moda para la difusión del ideal estético. Una cuidadosa asociación entre delgadez, éxito personal, belleza y salud, ha sido creada por parte del mercado para generar necesidades e inseguridades en los individuos, desencadenando un continuo consumo de productos destinados a alcanzar el modelo de éxito occidental.

La familia y entorno social cercano se establecen, junto con los medios de comunicación, como las variables más influyentes en el desarrollo de la imagen corporal y la génesis de los TCA. Sin embargo, deben tenerse en cuenta otros agentes como el género, la orientación sexual, la clase social, la nacionalidad o la raza, ya que al analizar estándares culturales específicos de diferentes grupos poblacionales, se ha visto que las características concretas pueden alterar el ideal estético y la influencia sobre la imagen corporal.

De igual manera, es necesario analizar la consecuencias de los mensajes difundidos por plataformas como las Pro-Ana/Mia, o la influencia de la pornografía en los deseos sexuales de la población, incluido el tipo de cuerpos que se consideran deseables. Sin embargo, debemos entender que todos estos factores están supeditados a los cánones de belleza de Occidente por los cuales las mujeres se identifican con un ideal de delgadez y los hombres con uno de fortaleza; y que la expansión de esta cultura a nivel global es lo que explica la creciente prevalencia de los TCA, sin importar el país, situación socioeconómica o etnia.

Al analizar las interacciones entre género y TCA, se ha demostrado que existe una tasa de IC superior entre mujeres, por lo que se establece que el rol de género femenino es un factor de riesgo para el desarrollo de estos trastornos. Sin embargo, asociaciones entre rol de género masculino e insatisfacción corporal, sobre todo en relación a la musculatura, no han aportado respuestas tan concluyentes, por lo que serán necesario más estudios en este campo.

Por otra parte, se han descrito tasas muy elevadas de IC y TCA en la individuos LGTBI, especialmente entre hombres homosexuales y bisexuales, donde se plantea la posibilidad de que una mayor feminidad forme parte de la explicación. Por el contrario, se cree que las mujeres lesbianas se desenvuelven bajo unas características que las sitúan en una posición de menor riesgo para el desarrollo de un TCA, por lo tanto será preciso analizar los posibles efectos protectores en este grupo poblacional.

Dentro de la problemática específica de la comunidad LGTBI, la disforia de género supone una situación clínica extremadamente compleja en cuanto a la imagen corporal se refiere. Estos individuos presentan tasas de IC muy superiores en relación a la población cisgénero y hombres o mujeres homosexuales, siendo las mujeres trans las que mayor riesgo tienen para desarrollar un TCA. Esto último, pone en manifiesto la mayor presión social por alcanzar el ideal de delgadez a la que están sometidas las mujeres, tanto cisgénero como transgénero.

La adolescencia se sitúa como etapa clave en los TCA, tanto para analizar la influencia de los factores culturales antes citados (sumándose la influencia de las redes sociales), como para implementar programas preventivos de educación poblacional. Es necesario abordar problemáticas específicas como es la influencia del rol de género femenino en el desarrollo de las chicas adolescentes, o la presencia de abusos sexuales durante esta etapa, ya que se establecen como un importante factor de riesgo para los TCA pero también como una consecuencia de los mismos.

A nivel preventivo, será necesario enseñar a identificar la presión social por alcanzar el ideal estético y establecer modelos más realistas, entender la influencia de los roles de género y tomar medidas para progresar hacia una sociedad más laxa en cuanto a los géneros se refiere, incrementar la educación sexual desde edades tempranas, ofrecer las mismas oportunidades para el desarrollo personal independientemente del sexo, educar en valores de tolerancia y respeto hacia la diversidad sexual e identidad de género de las personas y un largo etcétera. En definitiva, debemos empoderar a los individuos para que sean menos vulnerables ante la influencia de la industria de la belleza y la salud, y de este modo, puedan sentirse más libres a la hora de elegir quién y cómo quieren ser.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández-Cortés LM, Londoño Pérez C. Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *An Psicol.* 2013;29(3):748–61.
2. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007;61(3):348–58.
3. Mond, J.M., Mitchison, D., & Hay P. Prevalence and implications of eating disordered behavior in men. *Curr Find Males with Eat Disord Philadelphia, PA Routledge.* 2014;
4. Stice E, South K, Shaw H. Future directions in etiologic, prevention, and treatment research for eating disorders. *ournal Clin Child Adolesc Psychol.* 2012;41(6):845–55.
5. Academy for Eating Disorders (AED). *Trastornos de la conducta alimentaria: guía de cuidados médicos.* 2016.
6. Micali N, Solmi F, Horton NJ, et al. Adolescent eating disorders predict psychiatric, high-risk behaviors and weight outcomes in young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54(8):652–9.
7. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®.* Vol. 5(2), American Psychiatric Pub. 2013. 189–198 p.
8. Tasa-Vinyals E. El espejo subjetivo: ¿Qué es la imagen corporal? *Psicosomática y Psiquiatr.* 2018;5(5):54–67.
9. Raich-Escursell RM. La base de las fortunas que se acumulan en el negocio de la belleza está en crear insatisfacción. *Entrevista por ETasa-Vinyals Dietist.* 2014;
10. Behar A. R. The cultural body building: The paradigm of eating disorders. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2010;48(4):319–34.
11. Fallon P, Katzman MA, Wooley SC. *Feminist perspectives on eating disorders.* Guilford Press. 1996.
12. Thompson JK, Heinberg LJ. The media's influence on body image disturbance and eating disorders: We've reviled them, now can we rehabilitate them? *J Soc Issues.* 1999;55(2):339–53.
13. Bacon L, Aphramor L. *Body respect: What conventional health books get wrong, leave out, and just plain fail to understand about weight.* BenBella Books; 2014.
14. Gerbner G. Toward "cultural indicators": The analysis of mass mediated public message systems. *Av Commun Rev.* 1969;17(2):137–48.
15. Garner D, Garfinkel P. Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1980;10:647–56.
16. Silverstein B, Perdue L, Peterson B, Kelly E. The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles.* 1986;14(9–10):519–32.
17. Toro J, Cervera M, Pérez P. Body shape, publicity and anorexia nervosa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1988;23(2):132–6.
18. Wiseman C V., Gray JJ, Mosimann JE, Ahrens AH. Cultural expectations of thinness in women: An update. *Int J Eat Disord.* 1992;11(1):85–9.
19. Rubinstein S, Caballero B. Is Miss America an undernourished role model? *Jama.* 2000;283 (12):1569.
20. Thompson SH, Hammond K. Beauty is as beauty does: body image and self-esteem of pageant contestants. *Eat Weight Disord.* 2003;8(3):231–7.
21. Haines J, Neumark-Sztainer D, Hannan P, Robinson-O'Brien R. Child versus Parent Report of Parental Influences on Children's Weight-related Attitudes and Behaviors. *J Pediatr Psychol.* 2008;33(7):783–8.
22. Ricciardelli LA, McCabe MP. A longitudinal analysis of the role of biopsychosocial factors in predicting body change strategies among adolescent boys. *Sex Roles.* 2003;48(7–8):349–59.
23. Babio N, Arija V, Sancho C, Canals J. Factors associated with body dissatisfaction in non-clinical adolescents at risk of eating disorders. *J Public Health (Bangkok).* 2008;16(2):107–15.
24. Bearman SK, Presnell K, Martinez E, Stice E. The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *J Youth Adolesc.* 2006;35(2):229–41.
25. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(10):1025–32.
26. Clark L, Tiggemann M. Appearance Culture in Nine- to 12-Year-Old Girls: Media and Peer Influences on Body Dissatisfaction. *Soc Dev.* 2006;15(4):628–43.
27. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Haines J, Wall M. Weight-teasing and emotional well-being in adolescents: Longitudinal findings from Project EAT. *J Adolesc Heal.* 2006;38(6):675–83.
28. Paxton SJ, Schutz HK, Wertheim EH, Muir SL. Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *J Abnorm Psychol.* 1999;108(2):255–66.
29. Halpern CT, King RB, Oslak SG, Udry JR. Body Mass Index, Dieting, Romance, and Sexual Activity in Adolescent Girls: Relationships Over Time. *J Res Adolesc.* 2005;15(4):535–59.
30. Markey CN, Markey PM, Birch LL. Understanding women's body satisfaction: The role of husbands. *Sex Roles.* 2004;51(3–4):209–16.
31. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(7):714–23.
32. Tsai G, Curbow B, Heinberg L. Sociocultural and developmental influences on body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviours of asian women. *J Nerv Ment Dis.* 2003;191(5):309–18.
33. Becker AE, Fay KE, Agnew-Blais J, Khan AN, Striegel-Moore RH, Gilman SE. Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. *Br J Psychiatry.* 2011;198(1):43–50.
34. Cafri G, Yamamiya Y, Brannick M, Thompson JK. The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *Clin Psychol Sci Pract.* 2005;12(4):421–33.
35. Gilligan CE, Lyons NP, Hanmer TJ. *Making connections: The relational worlds of adolescent girls at Emma Willard School.* Harvard University Press. 1990;
36. Castrillón Moreno DA, Luna Montaña I, Avendaño Prieto G, Pérez-Acosta AM. Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colomb Psicol.* 2007;10(1):15–23.
37. Markey CN. Invited Commentary: Why Body Image is Important to Adolescent Development. Vol. 39, *Journal of Youth and Adolescence.* 2010. p. 1387–91.
38. Dawes, J. & Mankin T. Muscle dysmorphia. *Strength Cond J.* 2004;26(2):24–5.
39. González-Montero de Espinosa M, Marrodán MD, André AL, López-Ejeda N, García-Petuya E, Mora AI. Asociación entre actividad física y percepción de la imagen corporal en adolescentes madrileños. *Nutr Clin y Diet Hosp.* 2010;30(3):4–12.
40. Rodríguez, Lorena et al. Estudio de la influencia de la publicidad de productos de alimentación basada en la imagen corporal en los adolescentes. *Univ Autònoma Barcelona.* 2016;209.
41. Wilson J, Peebles R, Hardy K, Mulvihill L, Kretzschmar A, Litt I. Pro-eating disorder website usage and health outcomes in an eating disordered population. *Poster Present Annu Meet Pediatr Acad Soc Washingt DC.* 2005;
42. Ballester Brage L, Orte Socias C. *Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales.* Octaedro, SL. 2019;
43. O'Neil JM. Patterns of gender role conflict and strain: Sexism and fear of femininity in men's lives. *he Pers Guid J.* 1981;60(4):203–10.
44. Singleton CH. Biological and social explanations of sex-role stereotyping. *Psychol sex roles.* 1987;3–26.
45. Ålgars M, Alanko K, Santtila P, Sandnabba NK. Disordered eating and gender identity disorder: A qualitative study. *Eat Disord.* 2012;20(4):300–11.
46. Fredrickson BL, Roberts TA. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychol Women Q.* 1997;21(2):173–206.
47. Friedan B. *The feminine mystique.* 2010.
48. Wolf N. *El mito de la belleza.* Septiembre. Cendal, Sandra; Beloki M, editor. *Continta Me Tienes* (Madrid); 2002.
49. Bordo S. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body.* Berkeley & Los Angeles: University of California Press, editor. *Bull Hist Med.* 1994;68(4):754.
50. Drewnowski A, Yee DK. Men and Body Image: Are Males Satisfied with Their Body Weight? *Psychosom Med.* 1987;49(6):626–34.
51. Smolak L. Body image in children and adolescents: Where do

- we go from here? *Body Image*. 2004;1(1):15–28.
52. Bem S. The measurement of psychological androgyny. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42:155–62.
 53. Jurma W PM. Perceived gender roles of managers and effective conflict management. *Psychol Rep*. 1994;74(1):104–6.
 54. Jones, D. C., Bloys, N., & Wood M. Sex roles and friendship patterns. *Sex Roles*. 1990;23(3-4):133–45.
 55. Behar AR, De La Barrera CM, Michelotti CJ. Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Med Chil*. 2001;129(9):1003–11.
 56. Root MPP. Disordered eating in women of color. *Sex Roles*. 1990;22(7–8):525–36.
 57. Holmes S. The role of sociocultural perspectives in eating disorder treatment: A study of health professionals. *Heal (United Kingdom)*. 2018;22(6):541–57.
 58. Tiggemann M, Martins Y, Churchett L. Beyond muscles: Unexplored parts of men's body image. *J Health Psychol*. 2008;13(8):1163–72.
 59. Festinger L. *A Theory of Social Comparison Processes*. *Hum Relations*. 1954;7(2):117–40.
 60. Jansen A, Nederkoom C, Mulken S. Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behav Res Ther*. 2005;43(2):183–96.
 61. Roefs A, Jansen A, Moresi S, Willems P, van Grootel S, van der Borgh A. Looking good. BMI, attractiveness bias and visual attention. *Appetite*. 2008;51(3):552–5.
 62. Cho A, Lee JH. Body dissatisfaction levels and gender differences in attentional biases toward idealized bodies. *Body Image*. 2013;10(1):95–102.
 63. Behar R, Arancibia M. Body image disorders: Anorexia nervosa versus reverse anorexia (muscle dysmorphia). Vol. 6, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2015. p. 121–8.
 64. Pope HG, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA. Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 1997;38(6):548–57.
 65. Barlett CP, Vowels CL, Saucier DA. Meta-analyses of the effects of media images on men's body-image concerns. *J Soc Clin Psychol*. 2008;27(3):279–310.
 66. Douglas VJ, Kwan MY, Minnich AM, Gordon KH. The interaction of sociocultural attitudes and gender on disordered eating. *J Clin Psychol*. 2019;75(12):2140–6.
 67. Garner D, Olmstead M, Bohr I GP. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982;12:871–8.
 68. Garner D, Olmstead M PJ. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*. 1983;2:15–23.
 69. Mahalik JR et al. Development of the conformity to feminine norms inventory. *Sex Roles*. 2005;52(7-8):417–35.
 70. Mahalik JR, Locke BD, Ludlow LH, et al. Development of the conformity to masculine norms inventory. *Psychology Men Masculinity*. 2003;4(1):3.
 71. Tylka TL, Bergeron D, Schwartz JP. Development and psychometric evaluation of the Male Body Attitudes Scale (MBAS). *Body Image*. 2005;2(2):161–75.
 72. Kimmel SB, Mahalik JR. Measuring Masculine Body Ideal Distress: Development of a Measure. *Int J Mens Health*. 2004;3(1):1–10.
 73. McCreary DR, Sasse DK. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *J Am Coll Heal*. 2000;48(6):297–304.
 74. Ahem AL, Bennett KM, Hetherington MM. Internalization of the ultra-thin ideal: Positive implicit associations with underweight fashion models are associated with drive for thinness in young women. *Eat Disord*. 2008;16(4):294–307.
 75. Ahem, A. L., Kelly, M., & Hetherington MM. "I could look like Britney but I can't be bothered": What women really think about media ideals. *Appetite*. 2004;43:109.
 76. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2002;128(5):825.
 77. Lakkis, J., Ricciardelli, L.A. & Williams RJ. Role of Sexual Orientation and Gender-Related Traits in Disordered Eating. *Sex Roles*. 1999;41:1–16.
 78. Mumen, S. K., & Smolak L. Femininity, masculinity, and disordered eating: A meta-analytic review. *Int J Eat Disord*. 1997;22(3):231–42.
 79. Behar A R, De La Barrera C M, Michelotti C J. Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Rev Med Chil*. 2002;130(9):964–75.
 80. Behar A R, De La Barrera C M, Michelotti C J. Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Med Chil*. 2003;131(7):748–58.
 81. Gray JJ, Ginsberg RL. Muscle Dissatisfaction: An Overview of Psychological and Cultural Research and Theory. *The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives*. 2007. 15–39 p.
 82. Frederick DA, Buchanan GM, Sadehgi-Azar L, et al. Desiring the muscular ideal: Men's body satisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. *Psychol Men Masc*. 2007;8(2):103.
 83. Cafri G, Thompson JK, Ricciardelli L. Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(2):215–39.
 84. Leit RA, Pope Jr HG, Gray JJ. Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of Playgirl centerfolds. *Int J Eat Disord*. 2001;29(1):90–3.
 85. Pope Jr HG, Olivardia R, Gruber A, Borowiecki J. Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *Int J Eat Disord*. 1999;26(1):65–72.
 86. Hargreaves DA, Tiggemann M. Muscular ideal media images and men's body image: Social comparison processing and individual vulnerability. *Psychol Men Masc*. 2009;10(2):109.
 87. Blashill AJ. Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: A meta-analysis. Vol. 8, *Body Image*. 2011. p. 1–11.
 88. Hoppers HJ, Jansen A. Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *J Soc Clin Psychol*. 2004;24(8):1188–201.
 89. Murray SB, Rieger E, Karlov L, Touyz SW. An investigation of the transdiagnostic model of eating disorders in the context of muscle dysmorphia. *Eur Eat Disord Rev*. 2013;21(2):160–4.
 90. Lacey RS, Reifman A, Scott JP, Harris SM, Fitzpatrick J. Sexual-moral attitudes, love styles, and mate selection. *J Sex Res*. 2004;41(2):121–8.
 91. McClain Z, Sieke E, Cheek C, Dowshen N. Gender differences in minority sexual orientation and quality of life among adolescents with eating disorders. *Pediatric Academic Societies*. 2013.
 92. McClain Z, Peebles R. *Body Image and Eating Disorders Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth*. Vol. 63, *Pediatric Clinics of North America*. 2016. p. 1079–90.
 93. Wiseman MC, Moradi B. Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men: A test and extension of objectification theory. *J Couns Psychol*. 2010;57(2):154.
 94. Austin SB, Ziyadeh N, Kahn JA, Camargo JR CA, Colditz GA, Field AE. Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviors in adolescent girls and boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(9):1115–23.
 95. Blashill AJ, Powlishta KK. The impact of gender role and sexual orientation on evaluations of men. *Psychol Men Masc*. 2009;10:160–73.
 96. Carper TLM, Negy C, Tantleff-Dunn S. Relations among media influence, body image, eating concerns, and sexual orientation in men: A preliminary investigation. *Body Image*. 2010;7(4):301–9.
 97. Hoppers HJ, Jansen A. Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *J Soc Clin Psychol*. 2005;24(8):1188–201.
 98. Wood MJ. The gay male gaze: Body image disturbance and gender oppression among gay men. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2004;17(1):43–62.
 99. Oakenfull GK, McCarthy MS, Greenlee TB. Targeting a minority without alienating the majority: Advertising to gays and lesbians in mainstream media. *J Advert Res*. 2008;48(2):191–8.
 100. Share TL, Mintz LB. Differences between lesbians and heterosexual women in disordered eating and related attitudes. *J*

- Homosex. 2002;42(4):89–106.
101. Austin SB, Nelson LA, Birkett MA, Calzo JP, Everett B. Eating disorder symptoms and obesity at the intersections of gender, ethnicity, and sexual orientation in US high school students. *Am J Public Health.* 2013;103(2):16–22.
 102. Dworkin SH. Not in man's image: Lesbians and the cultural oppression of body image. *Women Ther.* 1989;8(1-2):27–39.
 103. Striegel-Moore RH, Cachelin FM. Etiology of eating disorders in women. *Couns Psychol.* 2001;29(5):635–61.
 104. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674.
 105. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate, W Claes L, Witcomb, G Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry.* 2015;30(6):807–15.
 106. Ålgars M, Santtila P, Sandnabba NK. Conflicted gender identity, body dissatisfaction, and disordered eating in adult men and women. *Sex Roles.* 2010;63(1-2):118–25.
 107. Rabito Alcón MF, Rodríguez Molina JM. Body dissatisfaction differences and similarities among people with eating disorders, people with gender dysphoria and university students. *Rev psicopatología y Psicol Clínica.* 2016;21(2):97–104.
 108. Jones BA, Haycraft E, Murjan S, Arcelus J. Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28(1):81–94.
 109. Witcomb GL, Bouman WP, Brewin N, Richards C, Fernandez-Aranda F, Arcelus J. Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: A matched control study. *Eur Eat Disord Rev.* 2015;23(4):287–93.
 110. Diemer EW, Grant JD, Munn-Chernoff MA, Patterson D. Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. *J Adolesc Heal.* 2015;57(2):144–9.
 111. Hepp U, Milos G. Gender identity disorder and eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2002;32(4):473–8.
 112. Kozee HB, Tylka TL, Bauerband LA. Measuring transgender individuals' comfort with gender identity and appearance: Development and validation of the Transgender Congruence Scale. *Psychol Women Q.* 2012;36(2):179–96.
 113. Khoosal D, Langham C, Palmer B, Terry T, Minajagi M. Features of eating disorder among male-to-female transsexuals. *Sex Relatsh Ther.* 2009;24(2):217–29.
 114. Becker I, Nieder TO, Cerwenka S, Briken P, Kreukels BP, Cohen-Kettenis PT, et al. Body image in young gender dysphoric adults: a European multi-center study. *Arch Sex Behav.* 2016;45(3):559–74.
 115. Yang CFJ, Gray P, Pope Jr HG. Male body image in Taiwan versus the West: Yanggang Zhiqi meets the Adonis complex. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):263–9.
 116. Buchanan TS, Fischer AR, Tokar DM, Yoder JD. Testing a culture-specific extension of objectification theory regarding African American women's body image. *Couns Psychol.* 2008;36(5):697–718.
 117. Kim SY, Seo YS, Baek KY. Face consciousness among South Korean women: A culture-specific extension of objectification theory. *J Couns Psychol.* 2014;61(1):24–36.
 118. Frith K, Shaw P, Cheng H. The construction of beauty: A cross-cultural analysis of women's magazine advertising. *J Commun.* 2005;55(1):56–70.
 119. Jung J, Forbes GB. Multidimensional assessment of body dissatisfaction and disordered eating in Korean and US college women: A comparative study. *Sex Roles.* 2006;55(1-2):39–50.
 120. Grabe S, Jackson B. Self-objectification and depressive symptoms: Does their association vary among Asian American and White American men and women? *Body Image.* 2009;6(2):141–4.
 121. Phan T, Tylka TL. Exploring a model and moderators of disordered eating with Asian American college women. *J Couns Psychol.* 2006;53(1):36.
 122. Tolaymat LD, Moradi B. U.S. muslim women and body image: Links among objectification theory constructs and the hijab. *J Couns Psychol.* 2011;58(3):383–92.
 123. Mule P, Barthel D. The return to the veil: Individual autonomy vs. social esteem. *Sociol Forum.* 1992;7(2):323–32.
 124. Droogsma RA. Redefining Hijab: American Muslim women's standpoints on veiling. *J Appl Commun Res.* 2007;35(3):294–319.
 125. Mussap AJ. Strength of faith and body image in Muslim and non-Muslim women. *Ment Heal Relig Cult.* 2009;12(2):121–7.
 126. Augustus-Horvath CL, Tylka TL. A test and extension of objectification theory as it predicts disordered eating: Does women's age matter? *J Couns Psychol.* 2009;56(2):253.
 127. Schoen C, Davis K, Collins KS, Greenberg L, Des Roches C, Abrams M. The Commonwealth Fund survey of the health of adolescent girls. New York: Louis Harris and Associates. 1997.
 128. Ballesteros B, et al. Abuso Sexual en la Infancia y la Adolescencia según los Afectados y su Evolución en España (2008-2019). 2020.
 129. Connors ME, Morse W. Sexual abuse and eating disorders: A review. *Int J Eat Disord.* 1993;13(1):1–11.
 130. Preti A, Incani E, Camboni MV, et al. Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. *Compr Psychiatry.* 2006;47(6):475–81.
 131. Ackard DM, Kearney-Cooke A, Peterson CB. Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *Int J Eat Disord.* 2000;28(4):422–9.
 132. Rayworth BB, Wise LA, Harlow BL. Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Epidemiology.* 2000;15(3):271–8.
 133. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med.* 2003;65(4):701–8.
 134. Steiger H. Eating disorders and the serotonin connection: state, trait and developmental effects. *J Psychiatry Neurosci.* 2004;29(1):20.
 135. Cooper T. Anorexia and bulimia: the political and the personal. *Fed up hungry women, oppression food.* 1987;175:192.
 136. Danielson CK, Holmes MM. Adolescent sexual assault: an update of the literature. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2004;16(5):383–8.
 137. Alzate M. Epidemiología psiquiátrica. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2003;32(1):85–92.
 138. Collins RL. Issues of Ethnicity in Research on the Prevention of Substance Abuse (From Drug Abuse Prevention With Multiethnic Youth). Gilbert J Botvin al, eds-See NCJ 159983. 1995;28–45.
 139. Bryant-Waugh R, Kaminski Z. Eating disorders in children: An overview. 1993.
 140. De Gracia M, Marcó M, Trujano P. Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema.* 2007;19(4):646–53.
 141. Hay PJ, Claudino ADM. Evidence-based treatment for the eating disorders. 2010.
 142. León M., Castillo M. Trastornos de comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa. *Form Alcalá.* 2005;
 143. Dakanalis A, Carrà G, Calogero R, et al. The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015;24(8):997–1010.
 144. Ohs KD, Bardone AM, Joiner Jr TE, Abramson LY. Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development. *J Abnorm Psychol.* 1999;108(4):695.
 145. Barker ET, Bornstein MH. Global self-esteem, appearance satisfaction, and self-reported dieting in early adolescence. *J Early Adolesc.* 2010;30(2):205–24.
 146. Moreno González MA, Ortiz Viveros GR. Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Ter psicológica.* 2009;27(2):181–90.
 147. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res.* 1990;14(5):449–468.
 148. Elizathe, L., Murawski, B., Custodio, J. & Rutzstein G. Riesgo de trastorno alimentario en niños escolarizados de Buenos Aires: su asociación con perfeccionismo. *Rev Mex Trastor Aliment.*

- 2012;3:106–20.
149. Goldner EM, Cockell SJ, Srikameswaran S. Perfectionism and eating disorders. In: *Perfectionism: theory, research, and treatment*. 2002. p. 319–40.
 150. Strasburger VC, Jordan AB, Donnerstein E. Health effects of media on children and adolescents. *Pediatrics*. 2010;125(4):756–67.
 151. Sánchez L, Megías I, Rodríguez E. ¿Los jóvenes se ven representados en la publicidad? Jóvenes y publicidad Valores en la Comun Publica para jóvenes Sphera Pública. 2005;5:373–5.
 152. Parreño JM. Determinantes de la eficacia publicitaria actual: el Modelo AMBER (Atención-Motivación-Brand Engagement-Respuesta). *Quest Public*. 2012;17:122–38.
 153. Barcaccia B, Balestrini V, Salianni AM, Baiocco R, Mancini F, Schneider BH. Dysfunctional eating behaviors, anxiety, and depression in Italian boys and girls: The role of mass media. *Rev Bras Psiquiatr*. 2018;40(1):72–7.
 154. Lunden I, Nielsen: Women watch more TV than men, but connected games consoles are changing that. 2012.
 155. Morales MJ. Cuando Barbie se come a Garfield. Publicidad y alimentación: niños obesos buscando la perfección del cuerpo adulto. *Trastor la Conduct Aliment*. 2006;3:245–63.
 156. Madrid: Ministerios de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe sobre Adicciones comportamentales 2020: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES. 2021. p. 68.
 157. Cohen R, Newton-John T, Slater A. The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image*. 2017;23:183–7.
 158. Peng CT, Wu TY, Chen Y, Atkin DJ. Comparing and modeling via social media: The social influences of fitspiration on male instagram users' work out intention. *Comput Human Behav*. 2019;99:156–67.
 159. Jasso-Medrano JL, Lopez-Rosales F. Measuring the relationship between social media use and addictive behavior and depression and suicide ideation among university students. *Comput Human Behav*. 2018;87:183–91.
 160. Sierra VP, Martínez JI V, González BZ, Cárdenas FP, Narváez Y V, Ramos LR, et al. Adicción y factores determinantes en el uso problemático del Internet, en una muestra de jóvenes universitarios. *Educat Rev Electrónica Tecnol Educ*. 2016;56:a337–a337.
 161. Martínez PA. Influence of the New Information and Communication Technologies and Social Networks in the Health of Young People Tesis Doctoral Programa De Doctorado Computación Avanzada, Energía Y Plasma Doctoranda: Pilar Aparicio Martínez. Universidad de Córdoba (España); 2019.
 162. Slater JM, Guthrie BJ, Boyd CJ. A feminist theoretical approach to understanding health of adolescent females. Vol. 28, *Journal of Adolescent Health*. 2001. p. 443–9.
 163. Taylor JM, Gilligan C, Sullivan AM. *Between voice and silence: Women and girls, race and relationship*. Harvard University Press. 1997;
 164. Hoek HW, van Hoeken D, Katzman MA. Epidemiology and cultural aspects of eating disorders. *Eat Disord*. 2003;6:75–138.
 165. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull*. 2004;130(1):19.
 166. Ponton L. A review of eating disorders in adolescents. *Adolesc Psychiatry Ann Am Soc Adolesc Psychiatry*. 2013;20:267.
 167. Thurfjell B, Eliasson M, Swenne I, von Knorring AL, Engström I. Perceptions of gender ideals predict outcome of eating disorders in adolescent girls. *Eat Disord*. 2006;14(4):287–304.
 168. Gilligan C. *In a different voice: Psychological theory and women's development*. 2nd ed Cambridge, MA: Harvard University Press. 1993;
 169. Davis C, Claridge G, Fox J. Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2000;27(1):67–73.
 170. Brown LM, Gilligan C. *Meeting at the crossroads: Women's psychology and girls' development*. Harvard University Press. 1992;
 171. Belenky MF, Clinchy BM, Goldberger NR, Tarule JM. *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind*. New York Basic books. 1986;15.
 172. Ramos P, Rivera F, Pérez RS, Lara L, Moreno C. Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos Psicol*. 2016;9(1):42–50.
 173. Tiggemann M, Gardiner M, Slater A. "I would rather be size 10 than have straight A's": A focus group study of adolescent girls' wish to be thinner. *J Adolesc*. 2000;23(6):645–59.
 174. Pearson CM, Miller J, Ackard DM, Loth KA, Wall MM, Haynos AF, et al. Stability and change in patterns of eating disorder symptoms from adolescence to young adulthood. *International J Eat Disord*. 2017;50(7):748–57.
 175. Corstorphine E, Mountford V, Tomlinson S, Waller G, Meyer C. Distress tolerance in the eating disorders. *Eat Behav*. 2007;8(1):91–7.
 176. Tusaie KR, Patterson K. Relationships among trait, situational, and comparative optimism: Clarifying concepts for a theoretically consistent and evidence-based intervention to maximize resilience. *Arch Psychiatr Nurs*. 2006;20(3):144–50.
 177. Markey MA, Vander Wal JS. The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Compr Psychiatry*. 2007;48(5):458–64.
 178. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, French S, Story M. Binge and purge behavior among adolescents: Associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: the Commonwealth Fund survey. *Child Abuse Negl*. 2001;25(6):771–85.
 179. Vara Robles E, Pons Grau R, Lajara Latorre F, Mónica Molina S, Parrón Lagunas L, Porrás Benjumea R. Influence of teenager habits on self-image and risk of eating disorders. *Pediatr Aten Primaria*. 2011;13(51):387–96.
 180. Dakanalis A, Carrà G, Calogero R, Fida R, Clerici M, Zanetti MA, et al. The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(8):997–1010.
 181. Van Diest AMK, Perez M. Exploring the integration of thin-ideal internalization and self-objectification in the prevention of eating disorders. *Body Image*. 2013;10(1):16–25.
 182. Smeets E, Jansen A, Roefs A. Bias for the (un) attractive self: On the role of attention in causing body (dis) satisfaction. *Heal Psychol*. 2011;30(3):360.