

El asalto al cuerpo

La última frontera
de la industria alimentaria



JUSTICIA
ALIMENTARIA



© Freepik.com



**JUSTICIA
ALIMENTARIA**

C/ Floridablanca 66-72
08015 Barcelona
justiciaalimentaria.org

Autoría: Justicia Alimentaria

Investigación a cargo de: Ferran García (Justicia Alimentaria)

Coordinación de la investigación: Javier Guzmán
(Justicia Alimentaria)

Depósito legal: B 3209-2026

Edición de textos, diseño y maquetación: puntoycoma.org

Portada: © Ferran Capó

Enero 2026

Este informe se enmarca en el ejercicio del derecho a la libertad de expresión y a la crítica social sobre políticas alimentarias. Las valoraciones realizadas se refieren al producto y al modelo de producción y comercialización vigente, y no imputan conductas ilegales concretas a operadores económicos específicos.

Con la colaboración:



Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la AECID. El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva de JUSTICIA ALIMENTARIA y no refleja necesariamente la opinión de la AECID.



Este libro se distribuye bajo una licencia «Reconocimiento - No comercial», que se puede consultar en creativecommons.org/choose/?lang=es_ES. Está permitida la reproducción de los contenidos de esta publicación, siempre y cuando se cite la procedencia y se haga sin fines comerciales.

ÍNDICE

1. EL ASEDIO AL CUERPO	4
2. TIEMPOS POSMODERNOS	16
La mercantilización de la vida	17
Culto al cuerpo y publicidad	20
La intimidad como espectáculo: el <i>show</i> del Yo	22
El culto al cuerpo y el <i>no future</i>	23
La trampa de la vida saludable: el discurso biomédico y la invención de la dieta	24
3. LA INVENCION DEL CUERPO	28
El cuerpo como pasaporte social. Asignación de atributos a cada cuerpo	33
4. CONSECUENCIAS DEL CUERPO ASEDIADO	36
Trastornos de la Conducta Alimentaria	37
5. GORDOFOBIAS	68
Los cambios en la mirada social sobre la obesidad	71
La obesidad es política	72
Gordofobia	76
La violencia médica	80
Violencia estética	84
Gordafobia y racialización	85
Propuestas antigordafóbicas	88
El tallaje	89
6. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO	92
La invención de las dietas	94
7. UNA MIRADA GLOBAL	130
8. CONCLUSIONES	136



1

EL ASEDIO AL CUERPO

Podríamos iniciar este viaje al laberinto del cuerpo sitiado desde muchos lugares, pero vamos a empezar por un museo porque por algún sitio tenemos que empezar. Nos vamos a París, al museo del Louvre, y más en concreto a la sala 334, planta 0. Allí, entre los centenares de visitantes que la rodean, encontraremos a la *Venus de Milo*. La cartela del museo nos habla de un “Ideal de belleza griega” y de una mujer de dos metros de proporciones perfectas¹.

Es curioso que sigamos viéndola así. Tal vez en la Grecia clásica sí era el “ideal de belleza perfecta”, pero no cabe duda de que hoy no lo es. La *Venus de Milo* no cumple con los requisitos del actual canon de belleza, no desfilaría por las pasarelas, no protagonizaría anuncios de cremas antiedad, antiestrías o anticelulitis, ni de yogures que te ayudan a estar mejor contigo misma, no sería una estrella de la música urbana y no sería aclamada como la actriz más sexy del planeta. Si entrara en una tienda de ropa, ese icono de belleza suprema no podría ponerse ni una talla 42 de vaqueros² y eso, seguramente, haría que intentara reajustar su cuerpo a base de “comer mejor” y “hacer ejercicio”.

Lo mismo podemos decir de otros supuestos mitos de cuerpos idílicos, como Marilyn Monroe y Sofía Loren, que reiteradamente han sido citadas como ejemplos del canon de belleza de los años sesenta, aunque ninguna de las dos pasaría hoy el filtro. Tal vez lo podría superar el icono idealizado y mercantilizado de Marilyn Monroe, pero la mujer real que existía tras ese nombre, Norma Jeane Mortenson, usaba una talla 44 y quizás su historia (y su final) ejemplifique perfectamente lo que supone la presión corporal sobre las mujeres. Hoy en día, figuras como las dos actrices citadas serían vistas como regordetas y poco tersas.

1 bit.ly/48TKjTq

2 Raich, R. M., D. Sánchez-Carracedo, G. López Guimerà, M. Portell, J. Fauquet (2007). *Prevención de Trastornos del Comportamiento Alimentario con un programa multimedia*. C. Med. Psicosom, nº 81. bit.ly/3XTAUGw

1. EL ASEDIO AL CUERPO

Empezar con la *Venus de Milo* no es baladí. Las críticas al dispositivo social actual por obtener un cuerpo supuestamente perfecto suelen ser replicadas arguyendo que lo del culto al cuerpo es tan antiguo como la humanidad misma, y casi siempre (si hablamos de la cultura europea) se hace referencia a la antigua Grecia y a las proporciones de lo bello que nos han llegado a partir de sus estatuas y sus copias. Es de suponer que es una manera de quitarle importancia a una de las cuestiones más trascendentales que han sucedido en las últimas décadas y de borrar de ella el rastro del capitalismo. Si siempre ha estado ahí, incluso antes de que naciera el capitalismo, éste no puede ser el responsable.

Pero la realidad es que **el asedio al cuerpo no siempre ha estado ahí** y que el capitalismo corporal es un invento reciente. En lo que respecta a las estatuas griegas, el trabajo³ de Caroline Vaut sobre el cuerpo en la Grecia y Roma clásicas empieza tal que así: “Perfección. El cuerpo de los griegos es el cuerpo perfecto: sin defectos, esbelto, precioso, colocado sobre un pedestal. Pero también es una hermosa mentira”.

Existe mucha información que intenta contextualizar las maravillas corporales en forma de estatua griega o copia romana que han llegado hasta nuestros días, trabajos que se dedican a desenmarañar la concepción que existía de la forma corporal en la Antigüedad clásica occidental. Parece una obviedad decirlo, pero hay que hacerlo porque se sigue usando como argumento para diluir responsabilidades: “El culto al cuerpo es tan antiguo como el ser humano, mira el *Discóbolo*”. Pues no: el *Discóbolo* no tiene nada que ver con que hoy en día el 40 % de la población del Estado haya entrado alguna vez en una clínica de cirugía estética⁴.

La imagen de esos cuerpos existe, claro está, la podemos ver en los museos, pero lo que no vemos es el contexto en el que se inscribía, y eso lo cambia todo.

Los escultores creaban cuerpos de bronce y mármol que eran demasiado perfectos para ser auténticos. Así, por ejemplo, el *Doríforo* se ha considerado como un paradigma de la forma humana masculina bella y perfecta. Vemos su rostro juvenil y su cuerpo exquisito. El problema es que **los requisitos del arte distan mucho de los requisitos de la vida, una cuestión que la cultura griega sabía distinguir a la perfección**. El *Doríforo* tiene un cuerpo irreproachable, lo que indica un carácter irreproachable. Belleza y bondad. En el llamado “culto al cuerpo antiguo”, la idealización no significaba la búsqueda *real* de un canon de belleza, sino un ideal aspiracional que unificaba y representaba el *culto al alma*, cuerpo y alma en equilibrio y ambos en equilibrio con la bondad o el bien supremo⁵.

Hoy en día, nos han hecho creer que el cuerpo ideal existe y, lo que es peor, que pertenece a una etnia muy concreta, y lo que es peor aún, que ese ideal reduccionista e irreal debe alcanzarse y, lo que es todavía peor, que una vez lo tengas vas a tener éxito (emocional y material) y lo que es aún peor si cabe: que si no lo tienes, es culpa tuya.

Más allá de las representaciones apolíneas masculinas que se han creado y recreado en relación a un supuesto ideal griego, o a su equivalente en forma de réplicas de afroditas y demás figuras femeninas de la mitología clásica —que, especialmente a partir del Renacimiento, inundan nuestro imaginario—, lo que está claro es que **los ideales de belleza han ido cambiando a lo largo del tiempo tanto como los significados otorgados a esos “cuerpos bellos”, la manera de seguirlos o la magnitud y características de la población que lo hacía**. En este sentido, nuestra época es diferente. Dejemos de pensar que lo que le está pasando a nuestra sociedad actual, con la brutal y salvaje presión sobre el cuerpo, tiene algo que ver con el pasado. No es así. No hay una línea continua

3 Vout, Caroline (2004). *El cuerpo griego y romano*. Punto de Vista Ed. bit.ly/4oYCMt9

4 Salinas, Nieves (24 febrero 2023). El 40% de los españoles se ha sometido en alguna ocasión a tratamientos de medicina estética. *El Periódico*. bit.ly/3XP11zP

5 Vout Caroline (5 julio 2024). La verdad de los cuerpos griegos y romanos de la antigüedad: política, placer, belleza e imperfección. *WMagazín*. bit.ly/3YrrMJj

desde la *Venus de Milo* hasta una influencer que te dice lo que tienes que comer y qué ejercicios hacer para tener unos glúteos como melocotones de Calanda. Lo que hay es un salto cuántico y sus efectos se pueden observar a nuestro alrededor simplemente alzando la cabeza y mirando; y son dramáticos. Solo hay que querer verlos por-que están ahí, chillándonos a todo volumen.

El control capitalista del cuerpo humano es un campo ampliamente estudiado. Elementos como la biopolítica y el biopoder (conceptos analizados, entre otros, por Michel Foucault) llevan tiempo funcionando, pero desde hace unas décadas, el capitalismo, ha encontrado un nuevo filón.

Es posible que como sociedad estemos inmersos en lo que Freud llamó una neurosis obsesiva. Freud usó este concepto para definir un trastorno asociado a tensiones de tipo psíquico, caracterizado por la presencia de pensamientos obsesivos que desencadenan comportamientos compulsivos o que pueden llevar a las personas a acciones poco beneficiosas para ellas o para su entorno. ¿Se ha generado en la sociedad contemporánea una suerte de neurosis social obsesiva en torno al cuerpo?

Naturalmente, no vamos a entrar en todos los aspectos psicológicos, sociales, culturales o filosóficos de este *deseo* obsesivo asociado a un cuerpo ideal, pero para empezar a situarnos quizás sea útil recordar algunos de los *hits* que lanzó Lacan sobre este tema y que creemos que ilustran algunos de los aspectos clave.

En su célebre ensayo *El estadio del espejo como formador de la función del yo*⁶, nos decía que la cría humana, a una edad que va desde los seis a los dieciocho meses, reconoce su imagen en el espejo. Lacan observa que el reconocimiento va acompañado siempre de una expresión jubilosa. A los seis meses, el bebé aún no coordina su cuerpo lo suficiente como para dominar su postura, sin embargo, si tiene un espejo cerca puede sentir suficiente interés como para gatear o arrastrarse hasta encontrar una

posición que le permita obtener del espejo lo que Lacan llama una “imagen instantánea” de sí mismo. Hasta ese momento su cuerpo no era otra cosa que un pastiche de fragmentos aislados: una mano, un dedo, una rodilla, un ombligo, etc. Pero un día, por casualidad, gatea delante de un espejo y se produce el momento mágico. El bebé se reconoce; o mejor: reconoce su imagen como tal en el espejo. Y aquí viene el punto clave de la argumentación: aquel que ese bebé mira y reconoce —esa cosa que le imita tan bien, y que tarde o temprano descubrirá que es él mismo, o su imagen, para hablar propiamente—, ese de ahí no tiene cuerpo fragmentado, su imagen se le aparece entera, dotada de una unidad. De aquí se deriva el contenido de la personita y toda una serie de consecuencias que ahora no nos interesa abordar. Lo que nos interesa no es la observación, por primera vez, de su unidad o su yo, ni del júbilo que ello despierta, ni tan siquiera descubrir, por primera vez, que tiene un cuerpo, sino el Espejo. Se necesita del *Otro* para verse a uno mismo. Nos representamos a través del *Otro* y sin Espejo no hay yo. De alguna manera, nuestros deseos son soportados por ese *Otro*, lo que puede conducir, en muchas de las situaciones que se han creado actualmente, a querer mantener ese deseo en el *Otro*.

Si el deseo es el deseo del *Otro*, entonces estamos obligados a *agradar* al *Otro* para mantener su deseo. Y para agradar al *Otro* y al deseo del que depende, la persona obsesiva va a intentar obtener su mirada y aceptación. El reconocimiento del deseo es, en ese sentido, un deseo de deseo, en tanto que el sujeto “desea ser deseado” para así ser reconocido como sujeto por el otro. Puede parecer un juego lingüístico, pero todo parece indicar que la metáfora del Espejo explica muchas de las cosas que suceden actualmente en el tema del culto al cuerpo. Lacan enfatiza una dimensión imaginaria en el origen, el deseo sólo existe proyectado, alienado en el *Otro*, y si nuestro bienestar se ancla en ese Espejo, tenemos un problema.

Tal vez empezar así este informe es demasiado denso y seguramente parecerá que nos estamos yendo por los cerros de Úbeda, pero es que ese *Otro*, ese Espejo, es clave. El Espejo se ha convertido, hoy en día, en el mediador de muchas de nuestras acciones y pensamientos.

6 École lacanienne de psychanalyse. Le stade du miroir. bit.ly/4pFTq1p

1. EL ASEDIO AL CUERPO

Este hecho puede que haya existido siempre, quizás sí, quizás no, lo que es seguro es que nunca como hoy en día han existido tantos y tantos espejos ni nunca han estado tan y tan deformados. Creemos que decidimos lo que deseamos, pero igual no. En realidad, más que desear somos deseados, más que pensar somos pensados y más que hablar, somos hablados.

En las últimas décadas, nos hemos vuelto “compatibles” con un amplio conjunto de tecnologías digitales, entre las cuales se destacan los dispositivos móviles de comunicación e información. Volviendo al tema del Espejo, resulta que llevamos uno prácticamente infinito en el bolsillo y se llama teléfono móvil. **Con una rapidez sorprendente, hemos aprendido a vivir en la visibilidad de las pantallas y en contacto permanente con los demás.** Hoy, las redes atraviesan todas las paredes y, con una eficacia inusitada pero todavía perturbadora, ponen en cuestión –o incluso hacen estallar– la dinámica de casi todas las instituciones modernas, desde la escuela hasta la familia, también el propio Yo⁷.

Como resulta cada vez más evidente, no se trata solo de puros sistemas de comunicación, se trata más bien de una suerte de mutación histórica que ha cambiado las características de la subjetividad moderna. Esos cambios afectan, entre otras cosas, a las concepciones y vivencias corporales, la salud, el trabajo o la política, redefiniendo totalmente a los sujetos contemporáneos. **Se ha producido un cambio de paradigma en los modos de ser a instancias de estas nuevas tecnologías: hubo un desplazamiento de la preponderancia del ser al tener (época burguesa) y ahora del tener al parecer (época contemporánea).** Esto lleva, nos guste o no, a una revolución en lo que podríamos llamar *la gestión del yo*.

Un aspecto interesante para el tema que nos ocupa es la constatación de una ruptura de la interioridad moderna en aras de una *tiranía de la visibilidad* que privilegia la exhibición total y relega la relevancia del contenido a un segundo plano. **Habitamos dentro de unas paredes trans-**

parentes. La diferenciación entre el espacio público y el espacio privado, esto es, lo socialmente visible y lo invisible, deja de tener sentido en los nuevos modos de socialización contemporáneos. Exhibimos de manera instantánea y constante nuestros fragmentos íntimos vitales. Nuestra vida se está convirtiendo en una construcción autoficcional del “yo” basada en lenguaje audiovisual⁸.

Estas proliferantes ficciones autocentradas están “alterdirigidas”, es decir: diseñadas siguiendo moldes prefabricados, véanse el mundo *influencer* y los personajes mediáticos. Además, están totalmente supeditadas a la reacción del Otro, lo cual es síntoma de una *soledad fruto de una sociedad atomizada e individualista que anhela visibilidad como forma de contacto*.

Si vivimos en la “sociedad del Espejo” no es por casualidad. Todo ello está muy vinculado al tipo de desestructuración comunitaria, social y afectiva que nos invade. El nuevo capitalismo ha provocado una reacción en cadena que lo ha arrasado todo.

Un ejemplo paradigmático de este hecho lo encontramos en un número concreto de la revista *Time*. Esta revista (con unos criterios más que discutibles, pero eso da igual ahora mismo) elige a la “personalidad del año” y la sitúa en la portada de su número especial. La revista estadounidense repite ese ritual desde hace más de ocho décadas con la intención de destacar “a las personas que más afectaron las agendas de las noticias y a nuestras vidas, para bien o para mal, incorporando lo que ha sido importante en el año”⁹. Así, nada más y nada menos que Hitler fue elegido en 1938, el ayatolá Jomeini en 1979 o George W. Bush en 2004. ¿Quién fue la personalidad del año 2006, según la revista *Time*? Pues tú. Sí, tú, que estás leyendo esto. Es decir: no sólo tú, sino también yo y todos nosotros. O, más precisamente, cada uno de nosotros: la gente común, la *common people* que cantaba Pulp. Si te hacías con un ejemplar de la revista, veías con cierto asombro que un espejo brillaba en la tapa. El Es-

7 Sibilia, Paula (2008). *La intimidad como espectáculo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. bit.ly/44mynZa

8 *Ibid.*

9 Conniff, Kelly (11 diciembre 2018). Everything You Wanted to Know About TIME’s Person of the Year. *Time*. bit.ly/44ulhsJ



pejo, efectivamente. *Time* invitaba a las personas lectoras a que se contemplasen, como narcisos satisfechos de ver sus personalidades resplandeciendo en lo más alto del podio mediático.

Desplacémonos ahora desde un museo a una tienda de deporte. Seguramente tú, que estás leyendo este texto, practicas algún tipo de deporte (probablemente, a nivel amateur) o conoces a alguien muy cercano que lo practica, aunque sea solo acudir al gimnasio. Dicho de otra manera, seguro que no conoces a muchas personas que “no se mueven” ni practican ningún deporte.

Algo ha pasado con el deporte en las últimas décadas.

El deporte, como todos los comportamientos sociales, explica y se explica por muchas dinámicas históricas, socioculturales o económicas. Se pueden mirar algunas de las transformaciones sociales del último siglo a través de cómo ha cambiado el vínculo entre población y deporte.

La parte que nos interesa aquí tiene que ver con la práctica deportiva actual como manifestación del culto al cuerpo y vamos a empezar saliendo a correr.

En febrero del 2025 se consiguió la inscripción récord en la media maratón de Barcelona: más de 30 000 participantes. La San Silvestre de Madrid del año 2024 también tuvo récord de participación: más de 40 000 personas con dorsal y otras 10 000 sin él. En Sevilla, el medio maratón reunió a 17 000 personas, otro récord de participación, y fueron 14 000 las personas que se calzaron las zapatillas para correr el maratón completo. La prueba estrella de Valencia es el Maratón Trinidad Alfonso, que en 2024 congregó a 35 000 participantes.

Pero no solo maratones y medio maratones provocan semejantes marabuntas de gente en pantalón corto, por toda la geografía del Estado aparecen más y más carreras que, al poco de sacar los dorsales a la venta, agotan inscripciones debido a la alta demanda. En este grupo podemos encontrar la Behobia en San Sebastián (27 000 dorsales), los 10K en Valencia (15 000), la Carrera de San Antón en Jaén (10 000), Jean Bouin en Barcelona

1. EL ASEDIO AL CUERPO

(17 000) o la Zara Speed Run en Madrid (10 000)¹⁰. Toda ciudad quiere tener su maratón, medio maratón o una carrera particular, pero lo curioso no es eso (tiene cierta lógica que cada municipio, pequeño o grande quiera tener su carrera), lo realmente peculiar es que siempre se llenan de gente y se agotan las inscripciones en poco tiempo.

El llamado *running* ha tenido un incremento exponencial en los últimos 20 años (en particular, en la última década). Esta creciente popularidad se manifiesta en tres factores principales: primero, la cantidad de corredores (*runners*) que invaden todo espacio propicio para correr (principalmente espacios verdes, parques y plazas); segundo, la variedad de carreras, eventos y competiciones que se realizan cada fin de semana; y tercero, la cantidad de equipos de *running* (*runnings teams*) que existen en la actualidad.

La práctica del *running* termina conformando un imaginario colectivo con características peculiares y que forma parte de ese marco más amplio que hemos destacado al inicio con algunos de los atributos asignados a los cuerpos ideales y las prácticas correctoras de los cuerpos que aún no lo son (ni lo serán nunca, pero eso es otro tema). A correr (*running*) se le asignan valores como la importancia del cuidado del organismo (hábitos de vida saludable), la fortaleza mental y el deseo de autosuperación (aspecto motivacional), así como el sentido de pertenencia y compañerismo dentro de un mismo grupo en donde se comparte y se disfruta la actividad (incorporación a lo que se viene a llamar un *running team*), solo por mencionar algunos.

Hemos visto cómo las competiciones “callejeras” (que suelen ir de 5 a 42 kilómetros) se han vuelto muy populares, masivas y con gran poder de convocatoria, a pesar de sus (cada vez más) elevados costos de inscripción. Además de los valores que la actual sociedad del culto al cuerpo ha asignado a correr, se añaden otros elementos que explican esta fiebre corredora como: la satisfacción

propia de competir y cruzar una meta (que tiene que ver con los valores asignados que hemos mencionado y que deseas experimentar y, sobre todo, que el resto te vean experimentando); o el famoso *kit*, una especie de *souvenir* que se entrega al principio de la competición y que puede incluir el dorsal (número), un chip de control y elementos variados (dependiendo de la carrera, o más bien de la empresa que la organiza) que suelen incorporar barritas de cereales, bebidas energéticas y demás *merchandising* de las empresas patrocinadoras. Resulta curioso observar hasta qué punto esa bolsa de regalo provoca satisfacción entre la mayoría de las personas participantes.

Se ha conformado, en suma, un imaginario colectivo del *running* y del *runner*. El mismo hecho de usar el anglicismo sirve para generar comunidad. No son corredores, sino *runners*.

Pero el *running* es también, y sobre todo, una práctica atravesada por un proceso de mercantilización que concibe a los *runners* como potenciales consumidores de productos relacionados con todo el mercado *runner* y su industria comercial: indumentaria especial, relojes para correr, aplicaciones para entrenar, eventos deportivos, alimentación específica, etc. Esta mercantilización invade y, a su vez, atraviesa lo corporal. **También aquí está implicado el mundo *influencer***, desde las redes sociales y diversos tipos de contenidos se exhibe todo lo relacionado con este mundo: entrenamientos, lemas motivacionales, consejos nutricionales, recomendaciones de indumentaria, etc. De esta forma se retroalimenta el marco del cuerpo como objeto de consumo. **Este proceso forma parte de la capacidad (parece que ilimitada) del capitalismo actual de formar, moldear y consolidar nuevas prácticas deportivas y mercantilizarlas¹¹.**

En realidad, no solo se trata del mundo *runner* y de correr a todas horas y por todos lados, se trata de la creación y promoción de todo un negocio y prácticas sociales vinculados con el asedio al cuerpo, y operados a partir

10 EFE (31 enero 2025). El “boom” de las carreras populares en España. *Mundo Deportivo*. bit.ly/4pDVwyM

11 Benítez, Ariel Esteban (2021). El *running* y la mercantilización del cuerpo en pandemia, en *Congreso de Educación Física y Ciencias*. Universidad de La Plata. bit.ly/48DvKVo

del ejercicio físico. En 2016 (últimos datos oficiales disponibles) había 33 000 empresas cuya principal actividad era deportiva. El Estado español es el tercer país de Europa en empleo vinculado al deporte, solo por detrás de Alemania y Reino Unido. La facturación de esta industria ascendió a 5 024,46 millones de euros en 2023 y ese mismo año las ventas del sector deportivo ascendieron a 9 228,81 millones de euros. Además, el gasto de los hogares en bienes y servicios deportivos crece a tasas anuales aproximadas del 6 %, acercándose ya a los 4 500 millones de euros. En cuanto al gasto *per cápita*, la evolución en diez años ha crecido un 59,7 %, situándose en 190,78 euros en 2023; mientras que el gasto por hogar ha subido un 55,7 %, hasta los 476,08 euros¹². En 2022, el gasto de los hogares españoles en este concepto se cifró en algo más de 6 000 millones de euros. La cifra casi duplica el gasto de las Administraciones Públicas en esa materia, 3 716,4 millones, según el Anuario de Estadísticas Deportivas 2023 del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deporte¹³.

El negocio de la industria del deporte *amateur* abarca desde los fabricantes de prendas y artículos hasta las grandes cadenas de distribución, pasando por las empresas propietarias de gimnasios, las que organizan eventos, las agencias de viajes especializadas, las academias y los servicios de medicina deportiva, entre otros actores. Por ejemplo, el deporte copa ya el 22 % de las ventas totales de la industria textil de la moda¹⁴.

Según la reciente Encuesta de Hábitos Deportivos publicada por el Centro de Investigaciones Sociológicas, un 48 % de la población española de 15 y más años practica algún deporte. El porcentaje prácticamente dobla al re-

gistrado en 1980, cuando era del 25 %. También se ha intensificado la práctica deportiva: el 70 % de la población que practica deporte lo hace tres o más veces a la semana, mientras que en 2010 esa cifra era del 56 %.¹⁵

Hay otra perspectiva desde la que analizar la fiebre deportiva (correr, hacer ciclismo, ir al gimnasio, etc.): las lesiones y patologías vinculadas con todas esas saludables prácticas deportivas. Existe diversa documentación sobre el incremento de las dolencias con origen deportivo. Por poner un ejemplo: los problemas tendinosos representan entre el 15 % y el 30 % de las patologías del ámbito laboral mientras que, en la población deportista, su incidencia puede llegar hasta el 50 %.¹⁶

Los gimnasios son otra muestra del asedio corporal al que estamos sometidos: su cifra de negocio supera los 2 300 millones de euros. Los gimnasios proliferan como setas casi en cualquier esquina: cadenas como Brooklyn Fitboxing, con más de 175 centros, o VivaGym y Basic-Fit, que superan ampliamente el centenar de centros. Las cadenas de gimnasios de bajo coste, el segmento con más tirón en los últimos años también, están experimentando una ciclogénesis explosiva. Por ejemplo, Basic-Fit, que ya cuenta con 140 clubes, pretende abrir entre 450 y 700 más de aquí a 2030. Fitness Park prevé una quinceña de inauguraciones este año y VivaGym ha anunciado al menos una decena. Además, se espera el desembarco de la mayor cadena de gimnasios *low cost* del mundo: la estadounidense Planet Fitness, que quiere abrir 300 centros¹⁷. En España, el sector del deporte y el *fitness* ya supone un 3,3 % del PIB.

12 Mercader, Marta y Encarna Serratacá (8 julio 2024). Estudio de Mercado del Sector de los Artículos Deportivos en 2023. *Afydad.com*. bit.ly/4pMtocL

13 FUNCAS (diciembre 2024). Sociedad y deporte: inclusión, globalización y nuevas tecnologías. *Panorama Social*, nº 40. bit.ly/49aOT0U

14 Niza, Marta (15 enero 2024). La moda deportiva crece un 5,6 % en España en 2023 y anticipa un alza del 7,2 % hasta 2025. *Modaes.com*. bit.ly/4rWf9DJ

15 FUNCAS (21 enero 2025). La práctica deportiva se duplica en España: del 25 % en 1980 al 48 % en la actualidad. *Panorama Social*, nº 40. bit.ly/4qdSEZn

16 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (17 mayo 2019). La fiebre por el deporte dispara la incidencia de lesiones en los tendones de las distintas articulaciones [Nota de prensa]. *Semg.es*. bit.ly/459Sw4P

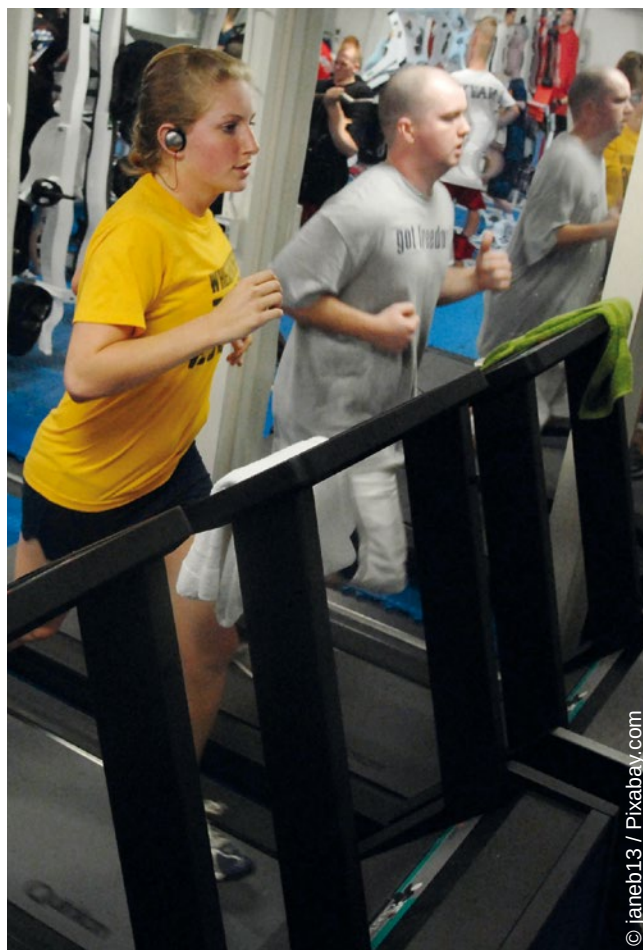
17 Sánchez, Silva (16 marzo 2024). El gran negocio del culto al cuerpo: los jóvenes asaltan los gimnasios y atraen a los fondos de inversión. *El País*. bit.ly/48TOM8G

1. EL ASEDIO AL CUERPO

Como suele ser habitual, la consolidación del negocio del *fitness* en los últimos años ha provocado una mayor concentración, ya que el 23 % de la cuota del mercado lo acaparan las cinco principales empresas de la industria, con notable presencia de los grupos *low cost*. Supera, Body Factory, Gofit, Serviocio y Holmes Place lideran el sector por número de abonados, con más de 800 000 clientes de forma conjunta. Y como también suele ser habitual, en cuanto existe un negocio floreciente desembarcan los fondos de capital riesgo, entre cuyos últimos movimientos destacan la venta a Portobello de los centros deportivos Supera, la adquisición por parte de Mutua Madrileña y Torreal de Ingesport (que gestiona los gimnasios Gofit) o la compra de Virgin Active (Richard Branson) por parte de la cadena británica Holmes Place.

No está de más recordar que, hace algo más de una década, una buena parte de los gimnasios eran municipales, pero desde 2010 este tipo de instalaciones deportivas ha cambiado drásticamente, de equipamientos municipales a inversiones de fondos de capital riesgo¹⁸.

Se estima que los gimnasios y centros deportivos privados en el Estado cuentan con 5,5 millones de personas usuarias. Hoy en día, la gente que acude a estos centros prefiere la fuerza de las máquinas y hacer pesas por encima de todas las cosas. También han ido desapareciendo buena parte de los clientes que pagaban el abono pero no acudían al centro: si antes superaban el 20 % ahora suponen como mucho el 5 %¹⁹.



Entre espejos, sudor y promesas de transformación, el gimnasio se ha convertido en el templo de una generación que busca en el *fitness* mucho más que salud: disciplina, éxito social y pertenencia. Desde los centros de entrenamiento, que se multiplican en los barrios, hasta los algoritmos de las redes sociales, el culto al cuerpo se ha consolidado como tendencia y práctica correctiva corporal²⁰.

18 Fernández, David (3 febrero 2018). El culto al cuerpo moldea un negocio floreciente. *El País*. bit.ly/4alzLz3

19 Sánchez, Silva (16 marzo 2024). El gran negocio del culto al cuerpo: los jóvenes asaltan los gimnasios y atraen a los fondos de inversión. *El País*. bit.ly/48TOM8G

20 Modrón Lecue, Inés (22 marzo 2025). Del compromiso a la obsesión, una frontera borrosa en la cultura fitness: "A ojos de todo el mundo es algo saludable". bit.ly/48U47pU

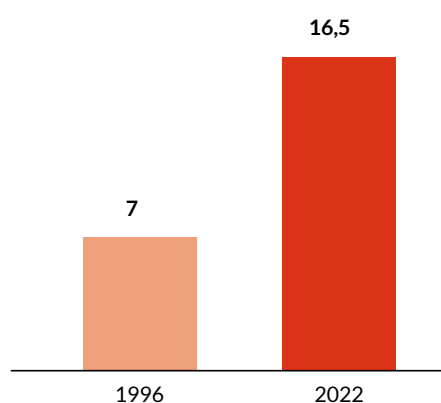
La Encuesta de Hábitos Deportivos²¹ indica que, aproximadamente, 6 de cada 10 personas de 15 años en adelante han practicado deporte en el último año, ya sea de forma periódica u ocasional. Aquellas que practican deporte suelen hacerlo con frecuencia: el 23,8 % a diario y el 52,5 % al menos una vez por semana. Los hombres más: el 63 % frente al 51 % en el caso de las mujeres. En la población menor de 35 años, este porcentaje se eleva a más del 75 %. En lo referido a la clase social (en función del nivel de estudios), la diferencia es considerable: pasando del 73 % en la población con educación superior al 41 % en la que tiene la educación básica obligatoria o menos. Si tenemos en cuenta otros parámetros sociales, las personas que practican más deporte (más del 70 %) son estudiantes, personas con hijos menores de 18 años y personas con trabajo. La categoría llamada amas de casa y las personas jubiladas son en cambio las que practican menos deporte. En el 78 % de las ocasiones el deporte se practica en gimnasios u otras instalaciones específicas para ello.

En cuanto a las motivaciones, las tres principales son, por este orden: estar en forma, salud y diversión o entretenimiento; hay que tener en cuenta que la primera categoría, estar en forma, es un concepto ambiguo que puede englobar aspectos tanto de salud como de estética. Hay diferencias entre sexos: para las mujeres, los motivos principales son estar en forma y relajarse; para los hombres, estar en forma y la diversión o entretenimiento. Lo mismo ocurre por edades: entre los jóvenes las motivaciones principales son estar en forma y la diversión, entre las personas mayores, la salud²².

Según el CIS, en los últimos años, las motivaciones para hacer deporte han variado: desciende la importancia de la diversión y relacionarse, mientras sube el porcentaje de aficionados que hacen ejercicio por salud o por el eufemismo “mantener la línea”, que no es otra cosa que el cambio corporal. De hecho, incluso la mayoría de perso-

nas que dicen ir al gimnasio por salud, en realidad también van por el físico. Así, si bien el 78 % de las personas que van al gimnasio dice hacerlo por salud, a la pregunta “¿Seguirías yendo al gimnasio si supieras que tu cuerpo no va a cambiar?”, la mayoría contesta “No”, por lo que no parece que lo hagan realmente por salud.

Gráfico 1. Porcentaje de población que va a un gimnasio en el Estado español



Fuente: *Del compromiso a la obsesión, una frontera borrosa en la cultura fitness: “A ojos de todo el mundo es algo saludable”.*

El gimnasio se ha convertido, además, en uno de los templos de una nueva identidad cultural. Desde la ropa deportiva hasta los suplementos proteínicos y los rituales de entrenamiento, los fanáticos del *fitness* tienen códigos propios que refuerzan su sentido de pertenencia.

Hashtags como #FitTok, #GymTok o #Fitspiration acumulan millones de visitas, con vídeos en los que el culto al cuerpo es el protagonista. Este fenómeno, que mueve a los usuarios a compararse constantemente, promueve estándares físicos inalcanzables. *Influencers*-empresas como Sergio Peinado cuentan con más de cinco millones de suscriptores en YouTube

Sigamos nuestro viaje. De la tienda deportes nos desplazamos a otro tipo de centros. **Otro sector que está en una primavera permanente es el de la cosmética y cuidado personal.** Los últimos datos disponibles nos dicen que este sector supera los 10 400 millones de euros en facturación en el Estado, lo que supone el cuarto mercado en la UE.

21 División de Estadística y Estudios, Ministerio de Cultura y Deporte (España) (diciembre 2022). *Encuesta de hábitos deportivos 2022*. bit.ly/3YpCXCe

22 *Ibid.*

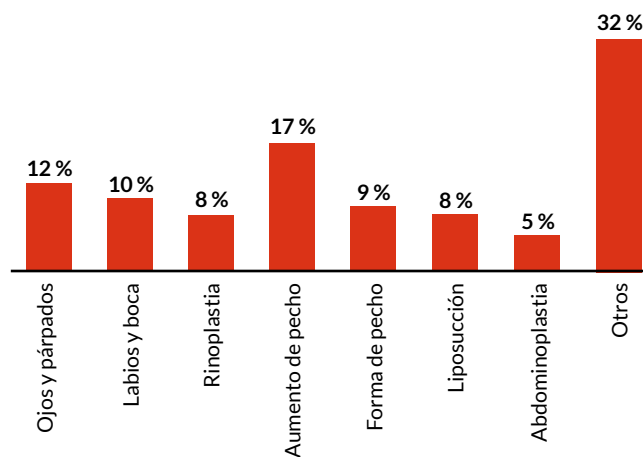
1. EL ASEDIO AL CUERPO

La inversión en cuidado personal es de 206 euros por persona y año. El principal subsector en términos de facturación es el cuidado de la piel, que alcanza los 3 400 millones de euros. En el Estado existen 50 000 salones de peluquería, 22 300 centros de belleza y 22 100 farmacias y parafarmacias, que son su principal canal de ventas. Constituye además el tercer sector anunciante²³.

Por otro lado, **una de las expresiones más contundentes del asedio al cuerpo lo constituye el auge del sector de la cirugía estética.** Así, según los últimos datos disponibles, en el año 2021 el número de intervenciones de cirugía estética en el Estado se cifraba en 204 510. En sólo ocho años, desde 2013, se ha producido un aumento del 215 %.

La consultora de mercados Nielsen sostiene que el 40 % de la población española se ha sometido alguna vez a un tratamiento de medicina estética²⁴. Obviamente, la presión extra sobre el cuerpo de las mujeres se manifiesta aquí en todo su esplendor: un 85 % de las intervenciones son realizadas a mujeres frente a un 15 % a hombres. Las operaciones de pechos constituyen el tipo de intervención estética por excelencia, algo más de la mitad de las intervenciones pertenecen a este grupo. En segundo lugar hallamos la cirugía facial que representa una de cada cuatro intervenciones, con las blefaroplastias (corrección de párpados) y rinoplastias (corrección de nariz) como los tipos más demandados. En tercer lugar están las liposucciones²⁵.

Gráfico 2. Distribución por tipo de cirugías estéticas (Estado español 2021)



Otra segmentación interesante es la edad. En número total de intervenciones, la cuestión está muy repartida en los tres intervalos analizados: un 35,4 % de las intervenciones corresponden a personas entre 30-44 años, un 29,5 % a personas entre 18-29 años y un 26,9 % a personas entre 45-60 años.

El porcentaje de las cirugías por encima de los 65 años se reduce a un 3 % o 5 % de todos los procedimientos. Y las personas menores de 18 años representan solo un 1,7 %, aunque este porcentaje se ha incrementado con respecto a 2014.

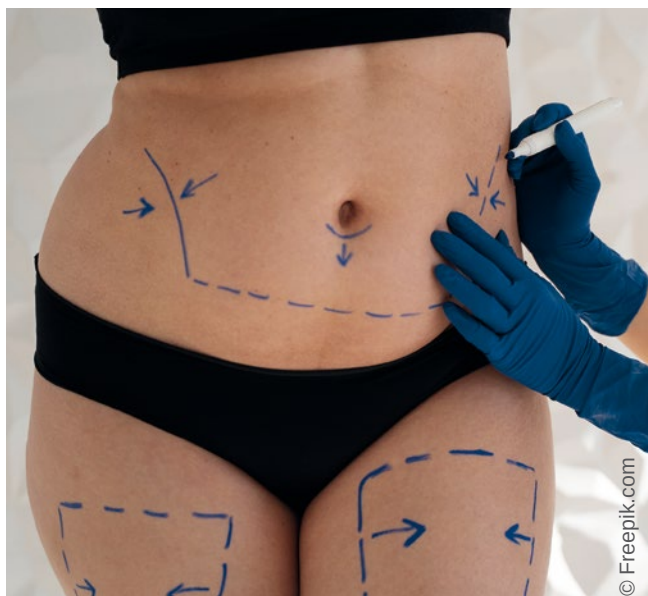
En lo que sí hay diferencias por edad es en los tipos de intervención más demandados. En el colectivo de 18-29 años, la cirugía de pecho femenina representa un 62,1 % del total de intervenciones, un 45,7 % son aumento de pechos con implante y, en menor medida, están las de elevación o aumento más elevación. La rinoplastia se coloca en segundo lugar, con un 11,7 % y en tercer lugar están las liposucciones, con un 8,1 %.

Entre las que tienen entre 30-44 años, la cirugía de pecho femenina es también la predominante, pero baja hasta el 53,4 %, casi nueve puntos porcentuales menos que en el intervalo de edad anterior. Tras la cirugía de pechos, por volumen de intervenciones se sitúa la lipo-

23 Asociación Nacional de Perfumería y Cosmética. Belleza y cuidado personal en España: valores al alza. *Stanpa.com*. bit.ly/499xuWm

24 El 40 % de los españoles se ha sometido en alguna ocasión a tratamientos de medicina estética. *El Periódico.com*. bit.ly/4q0JK1c

25 SECPRE (Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética). La realidad de la cirugía estética en España: Datos recopilados a 30 de diciembre de 2022. *Portalsecpres*. bit.ly/4qsG34L



succión, con un 13,2 %, superando claramente su presencia frente al grupo más joven.

Entre los 45-60 años se aprecia un incremento muy significativo de la blefaroplastia, colocándose en primer lugar, con un 22,5 %. Le sigue el aumento de pechos con implantes, pero descendiendo hasta el 14,6 %, con la elevación de pechos alcanzando un 9,7 % para ocupar el cuarto lugar. En tercer lugar, tenemos las liposucciones, con un 10,7 %²⁶.

Así pues, la mayoría de las intervenciones quirúrgicas estéticas femeninas se centran en los pechos y las liposucciones. En la franja de mayor edad, los párpados se incorporan a la ecuación.

El *boom* ha llegado también a las universidades: Cirugía Plástica Estética y Reparadora fue este año la segunda especialización más demandada entre los estudiantes de MIR (Médico Interno Residente), solo por detrás de Dermatología, y la última plaza se la adjudicó el aspirante 687 de 8.348 residentes. En 2022 pasó lo mismo y en 2021 fue la primera en agotar sus plazas. Los últimos

años han revolucionado los estudios de Medicina: desde 2019, un 15 % más de facultativos ha elegido formarse específicamente en esta especialidad y el pasado año más de 6.000 médicos han cursado un máster en medicina estética en España, según los datos de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME).

En definitiva, podríamos resumir el presente trabajo diciendo que el capitalismo actual ha creado, proyectado y diseminado la imagen ideal de un cuerpo irreal. Al mismo tiempo, le ha otorgado una serie de atributos y ha creado el deseo de poseerlo. Alrededor de ese deseo se han desarrollado una serie de actividades comerciales de muy distinta índole. Es decir, por un lado se ha mercantilizado el cuerpo en sí (el cuerpo como mercancía), y por otro, proliferan los negocios en torno al cuerpo (las mercancías para el cuerpo).

El argumento de venta más utilizado es uno de los más poderosos que existen: la salud. Tienes que verte *bien* y sentirte *bien*, tienes que hacer todo eso y comprar todo eso por tu *salud*. Pero ese cuerpo ideal es como el horizonte, nunca va a alcanzarse, y por tanto el deseo de conseguirlo es eterno y también las prácticas (comerciales y no) para intentarlo. La rueda del negocio no se va a frenar mientras no se intervenga de manera directa y decidida desde lo público.

La derivada inevitable de este proceso de mercantilización corporal, el daño colateral si queremos llamarlo así, es la enfermedad. La búsqueda infinita de un cuerpo supuestamente sano y bello ha generado un negocio monumental y una enfermedad sistémica. Este texto va a intentar ahondar en esta idea.

SPORT



2

TIEMPOS POSMODERNOS

La literatura que intenta aportar luz a lo que podríamos llamar el capitalismo del cuerpo es diversa y extensa. En este apartado apuntaremos algunos de los aspectos que nos parecen más interesantes para entender por qué estamos donde estamos. Lo haremos con vocación pedagógica y, por tanto, mediante un ejercicio de simplificación. Para cada uno de los elementos que vamos a mencionar (y para otros muchos) se puede encontrar información más amplia si alguien desea profundizar. Tómese como una especie de *trencadís gaudiniano* hecho de retales pero que, paradójicamente, permite ver mejor la imagen general.

La mercantilización de la vida

Pensemos un momento en la cantidad de espacios de nuestra vida privada que antes no estaban mercantilizados y ahora sí. La enorme cantidad de relaciones humanas que antes no formaban parte del mercado y ahora sí.

El capitalismo necesita constantemente nuevos sustratos donde crecer. Como los tiburones que no pueden dejar de nadar, tampoco el capitalismo puede detenerse. Necesita ampliar sus fronteras en todo momento, lo que quiere decir que necesita convertir algo que antes no estaba mercantilizado en mercancía para, posteriormente, obtener de ella la plusvalía consustancial a este sistema.

Por ejemplo, la masiva digitalización de nuestra sociedad es uno de estos nuevos sustratos y las corporaciones han encontrado en él un auténtico vergel totalmente virginal donde expandirse. La digitalización y la mercantilización de la vida se dan la mano. No solo bienes y servicios están pasando al mundo digital, también la mayor parte de nuestras experiencias vitales. Es más, esta entrega de nuestra vida al mercado en formato digital se está llevando a cabo de manera *voluntaria* o, mejor dicho, alienada, por parte de la sociedad. Hemos escrito *voluntaria* en cursiva porque las decisiones de entrega de nuestra vida en forma de datos no las tomamos en el vacío sino dentro de una relación de poder asimétrica.

Este proceso de captura de datos es un medio de “acumulación por desposesión” clásico que está colonizando

2. TIEMPOS POSMODERNOS

y mercantilizando la vida cotidiana por vías inéditas, y todo ello envuelto con el lacito de la modernidad utópica, molona, *cool* y rompedora. Además de la explotación de toda la vida, esta narrativa posmoderna intenta ocultar también la aspiración empresarial de **transformar potencialmente toda experiencia humana e interacción social en datos a ser extraídos**. Los millones, miles de millones o billones de datos individuales se capturan, procesan, ordenan y empaquetan para luego comprarse y venderse. No hay muchas diferencias entre los datos y el petróleo con la salvedad de que el yacimiento petrolífero somos nosotras. Somos una fábrica andante de datos y trabajamos a destajo y gratis.

La monetización de todos y cada uno de los aspectos de nuestra vida (especialmente de los emocionales) y sus consecuencias es un rasgo del capitalismo actual que marca los límites del terreno de juego donde nos movemos y que sirve para entender cómo funcionan algunos de los mecanismos que actúan sobre el cuerpo sitiado. En palabras de Eric Sadin, la base de este modelo es que *hay una aplicación (app) para cada cosa*²⁷. Y resulta que es exactamente así. **El modelo capitalista actual aspira a que todo sea negocio**. Es un modelo económico que no acepta que existan lugares vacantes de plusvalía en nuestra existencia. Esto tiene consecuencias en la esfera material, socioeconómica o ambiental, pero también (y sobre todo) en la cultural²⁸. **La mercantilización de la vida integral, así como la organización automatizada y algorítmica de la sociedad, ha llevado a un cambio de mentalidad, de saberes, de deseos, de comportamientos, de aspiraciones o de relaciones humanas**. Se trata de un sistema económico, social y político que no solo se centra en la espiral de consumo-producción y en la creación de formas y estilos de vida, sino que condiciona los sentimientos y los cuerpos. Las emociones, los senti-

mientos y la intimidad pueden ser, y de hecho son, objetos de consumo y fuentes de producción. Se ha generado así un cambio en cómo nos vemos a nosotras mismas y en el tipo de relaciones que establecemos con el resto de personas.

No es que el consumismo sea el marco social dominante, esto va un paso más allá: es que nos hemos convertido en producto y en cuanto salimos por la puerta de casa (y también dentro de ella), no hacemos otra cosa que vendernos y comprarnos. En este marco destacan aspectos muy estudiados por la literatura sociopolítica actual como el individualismo extremo, la desintegración de lo comunitario, el *pensamiento positivo*, el “tú puedes conseguirlo”, el *emprendimiento*, las *startups* o la desconexión (física y mental) con lo público, entre otros muchos.

El cambio en las condiciones materiales de vida (especialmente de las clases populares), así como esta nueva mercantilización de la vida y producción monetaria de subjetividades, han derruido también muchos muros de contención previos que servían, entre otras cosas, para intentar protegerse ante el temporal del capitalismo actual. No vamos a profundizar en ello, pero la externalización de los cuidados (externalización no voluntaria) y la desintegración de los lazos afectivos familiares (entiéndase familia en sentido amplio) y de cierta red de soporte emocional cercana, entre otros aspectos, también están afectando a la capacidad de resistir este ataque a los cuerpos. Muchas de las tareas que antes se llevaban a cabo en el interior del núcleo familiar (de nuevo, entiéndase familia en sentido amplio) se externalizan cada vez más (personas cuidadoras, actividades extraescolares, terapias y seguimiento emocional, centros comerciales y de diversión, etc.). Así, producimos menos cuidado *familiar* pero consumimos más cuidados. El amor y el cuidado, anteriores cimientos de la vida social²⁹ y que pueden ser parte de esos contrafuertes para aguantar el asedio capitalista, se están resquebrajando a marchas forzadas.

27 Febbro, Eduardo (10 noviembre 2025). Entrevista al pensador Eric Sadin antes de su visita a la Argentina: “El tecnoliberalismo se lanza a la conquista integral de la vida”. Página 12. bit.ly/4aaysTn

28 Hablamos aquí de cultura en términos sociológicos, como un conjunto saberes, normas y valores que conforman una suerte de mirada hacia el mundo que nos rodea.

29 Holchschild, Arlie Russell (2008), *La mercantilización de la vida íntima: Apuntes de la casa y el trabajo*. Katz editores.

Todos estos aspectos resuenan fuertemente en el caso de este triángulo que nos ocupa, formado por el cuerpo, la alimentación y el capitalismo.

Ese Espejo que son los Otros a los que tenemos que vendernos lo condiciona todo. En esta construcción del deseo del Otro (que me acepten, que me quieran, que me valoren, que me traten bien, que me den el trabajo, que me ayuden, que me hagan un buen precio, que me den la hipoteca, que me atiendan bien en la consulta, etc.) entran en juego los factores propios del capitalismo de mercado actual: la publicidad, la medicina contemporánea (que opera cada vez más como un mercado que como una institución de salud y bienestar), los medios de comunicación, las tendencias y modas, entre otros vectores sociales. Este contexto de lógica capitalista de consumo-producción se ha interiorizado tanto en nuestras vidas que ya no nos damos ni cuenta, pero tiene consecuencias.

Se trata de una nueva biopolítica³⁰ que cosifica los cuerpos y las subjetividades, que invade las emociones y los sentimientos, los capitaliza, los materializa y los comercializa. Y como toda política, también esta tiene unos centros desde donde se crean y difunden estos nuevos discursos y maneras de pensar y sentir. Se nos marca y pauta cómo han de ser los cuerpos *normales* y cómo han sentir y vivir. Se crean cuerpos y conductas “normalizadas” y las seguimos ciegamente.

Como ejemplifica el trabajo de Almudena García Manso³¹, **ese cuerpo al que debemos aspirar es una representación, una imagen, un modelo, un ideal de la eterna juventud**, un juego de la seducción ilimitada, del amor consumible, representa el control de las apariencias eli-

minando del sujeto cualquier atisbo de supuesto defecto. Representa una sociedad donde lo social se diluye en lo individual comercializable y comercializado, puesto que la vida de este cuerpo está basada en el capitalismo de las emociones y de la vida íntima.

La vida de este cuerpo se convierte en una eterna batalla librada entre el propio sujeto y los Espejos que lo rodean. Las armas de las que dispone son los productos a los que puede acceder, en un mercantilismo imperante de la vida íntima y de los sentimientos, productos como unos músculos definidos, unos senos prominentes, una bonita cara o una brillante sonrisa. El cuerpo es un reclamo y una suerte de falso paraíso, felicidad y plenitud vital, que esconden una presión insostenible que resquebraja la salud física y emocional. La angustia por la perfección cada vez esconde menos la soledad que conlleva consumir emociones.

Para entender la ambivalencia del cuerpo como objeto de consumo, a la vez que objeto-sujeto del poder y control social, se tendría que partir de ciertos ejes rectores que conforman la contemporaneidad. Con el reordenamiento del sistema económico y productivo mundial, que pasó de una economía de producción al sistema neoliberal de consumo, se originó un reacomodo paulatino de la sociedad en todas las esferas. Primero se sustituyó el trabajo como el vertebrador del individuo en la sociedad, por el consumo. Y luego se sustituyó al ciudadano (actor político) por el espectador-consumidor (actor comercial). En este contexto surgen dos aspectos centrales: la individualización, con la que el sujeto centra toda su atención en sí mismo, y el cuerpo como objeto de consumo³².

30 Los estudios culturales vienen utilizando este término en el sentido que le dio Michel Foucault para referirse a los medios y estrategias mediante los cuales el poder –entendido en este caso como “biopoder”– interviene sobre la sociedad para administrar, manipular, controlar y optimizar la vida humana.

31 García Manso, Almudena y Carmen Gaona Pisonero (noviembre 2012). Figuras y prácticas del cuerpo en el siglo XXI. ‘Bio-drags’ y jovencitas en el capitalismo avanzado. *Gazeta de Antropología*, 28, n° 2, art. 7. bit.ly/4pEcblO

32 Valenzuela Gutiérrez, Marissa Eunyce y Juana María Meléndez (2019). Normalización del cuerpo femenino. Modelos y prácticas corporales de mujeres jóvenes del noroeste de México. *Región y Sociedad*, Vol. 31. bit.ly/4rXpsY9



Culto al cuerpo y publicidad

Es imposible enumerar todos los mecanismos sociales que operan bajo el actual capitalismo y que están generando este nuevo marco discursivo sobre los cuerpos como mercancías y pasaportes hacia la aceptación y el éxito, pero sin duda uno de los más potentes es la publicidad y el *marketing* (que, como decíamos, por un lado, ha ocupado espacios donde antes estaba ausente y por otro está usando magistralmente el nuevo medio de comunicación de las redes sociales).

Cuando hablamos de publicidad y *marketing* nos estamos refiriendo a un espacio mucho más amplio que la publicidad o el *marketing* estándares o clásicos, abiertamente identificados como tal. El *marketing* actual se ha vuelto mucho más sutil y persuasivo que su antecesor y, además, sus valores y funcionamiento han impregnado casi todos los aspectos de nuestra vida (hablamos de la

cultura, el funcionamiento empresarial, la salud o la educación, la moda, los medios de comunicación convencionales, las políticas públicas, el funcionamiento administrativo y gubernamental, etc.).

Sea como publicidad directa (y detectable) o de forma más sutil, es indudable la utilidad de la representación corporal *bella e ideal* en la comunicación persuasiva visual. Además de llamar la atención, despertar el interés y predisponer favorablemente al receptor hacia el mensaje, se utiliza esta belleza estereotipada como forma de transmisión y consolidación de los nuevos valores predominantes en la sociedad actual, tales como el materialismo, el hedonismo y el culto al cuerpo.

El cuerpo normativizado e ideal ocupa un lugar central en el proceso de mediación de la experiencia humana, convirtiéndose en un medio y un valor tan fuerte que se ha transformado en objeto de culto (de ahí la expresión “culto al cuerpo”), en un bien de uso y consumo sobre el

que recaen expresiones simbólicas y figurativas de la perfección, la felicidad y el éxito. A esta sobrevaloración corpórea han contribuido decisivamente los medios de comunicación y la publicidad, poderosos agentes de socialización al convertirse en instrumentos de aprendizaje de conductas y de creación de modelos³³.

Las nuevas actitudes, valores y creencias son transferidas a través de los modelos sociales mostrados e interiorizados, generando percepciones y conductas reales que adoptamos como *lógicas* y *naturales*³⁴. La realidad corporal se ha convertido en símbolo expresivo de la posición del individuo dentro de la sociedad. Por tanto, el valor social que adquiere el cuerpo lo convierte en un medio de realización y desarrollo personal con el objetivo de alcanzar un ideal imaginario³⁵.

El mantenimiento del cuerpo y su representación superficial (la apariencia) se han convertido en necesidad y, a veces, en obsesión de la actual cultura de consumo. Como destacan los estudios de Fanjul y González³⁶, entre otros, el aspecto físico “ideal” transmitido socialmente por los medios y la publicidad, influye en el establecimiento de las relaciones sociales y en los juicios sobre la propia imagen corporal o la de los demás. **La mayor o**

menor correspondencia de nuestro cuerpo con los cánones de belleza establecidos influye dramáticamente en nuestra autoestima, como veremos más adelante.

Ese cuerpo ideal-irreal presenta una serie de atributos y uno de los más persistentes es la juventud y todo aquello que la simbolice. De ahí, por poner un ejemplo, que la imagen masculina predominante en los anuncios sea la de un cuerpo musculoso, pero lampiño, y la imagen de la mujer intente borrar cualquier rastro del paso del tiempo.

El medio por el que se difunde este nuevo dogma corporal no tiene parangón en la historia por su alcance y poder de penetración³⁷. Internet y las redes sociales constituyen el hábitat natural (y casi el mayoritario) de la población adolescente, nacida, crecida e inmersa ya en la sociedad digital. El Espejo del que hablamos es un Espejo total, **el móvil supone una ventana abierta eternamente a todo.** Y por “todo” queremos decir literalmente todo, incluyendo cualquier tipo de contenido o producto, sea lícito o no, sea conveniente o no. **A diferencia del mundo físico, en Internet no existen las coordenadas de espacio y tiempo; es decir, que la población (incluida, sobre todo, la infantil y juvenil) podrá interactuar o acceder a contenidos en cualquier momento y desde cualquier lugar donde tenga conexión.** No hay limitaciones y todo está disponible y al alcance de un gesto con el dedo.

Cuando un adolescente percibe que su realidad física no responde a los estándares definidos y difundidos por la publicidad y los medios de comunicación, encuentra en la red toda una serie de recursos y contenidos (información nutricional, tablas de ejercicios, *youtubers* que explican entrenamientos y rutinas deportivas...) en los cuales confía ciegamente para orientar su esfuerzo y dedicación en pos de conseguir el desarrollo y la definición muscular deseada. Veremos esto con algo más de detalle más adelante.

33 Fanjul Peyró, Carlos, Lorena López Font y Cristina González Oñate (2019). Adolescentes y culto al cuerpo: influencia de la publicidad y de Internet en la búsqueda del cuerpo masculino idealizado. *Doxa Comunicación*, Vol. 29, pp. 61-74. bit.ly/44qyXoE

34 Serra Majem, Lluís y Aranceta Bartirna, Javier. (2006). Nutrición y salud pública: Métodos, bases científicas y aplicaciones. Barcelona: Masson. Yoon, S.-W. y Shin, S. (2017). The role of negative publicity in consumer evaluations of sports stars and their sponsors. *Journal of Consumer Behaviour*, vol. 16, nº4, pp. 332-342.

35 Cantero, L. (2008). Género, estética corporal, alimentación y deporte. En Gil, M. y Cáceres, J. J. [Coords]. *Cuerpos que hablan. Géneros, identidades y representaciones sociales*. Barcelona: Montesino

36 Fanjul Peyró, Carlos, Lorena López Font y Cristina González Oñate (2019). Adolescentes y culto al cuerpo: influencia de la publicidad y de Internet en la búsqueda del cuerpo masculino idealizado. *Doxa Comunicación*, Vol. 29, pp. 61-74. bit.ly/44qyXoE

37 *Ibid.*



Siguiendo esta línea argumental de cambio paradigmático de los medios de comunicación social, hemos asistido al surgimiento de un fenómeno desconcertante: los medios basados en tecnologías electrónicas, que habitualmente llamamos redes sociales, aunque sabemos que son mucho más que eso.

Decenios antes, la aparición de la radio y la televisión, medios cuya estructura comprende una fuente emisora para muchos receptores, ya supuso un terremoto social, pero a principios del siglo XXI se ha producido un giro copernicano y este *nuevo orden comunicativo* no se encuadra de manera adecuada en el esquema anterior. Cuando las redes digitales de comunicación han tejido sus hilos alrededor del planeta, han marcado un antes y un después en la historia de la humanidad.

Son innumerables los indicios de que estamos viviendo una época liminar, un corte en la historia, y nuestras formas de ser y estar en el mundo han cambiado en paralelo para que resulten “compatibles” con este nuevo orden, estimulando la configuración de ciertas formas de ser e inhibiendo otras modalidades.

Lo que queremos decir con todos los apartados iniciales de este documento es que el asedio al cuerpo se asemeja a una suerte de atmósfera, nos rodea constantemente y la respiramos queramos o no. Y que un ingrediente esencial de esta atmósfera son las redes sociales y los nuevos formatos de comunicación ubicua.

La intimidad como espectáculo: el show del Yo

Otra de las características importantes para entender el trinomio cuerpo / alimentación / capitalismo reside en la creciente desaparición de aquella diferenciación de ámbitos, antes fundamental: lo público y lo privado, mediante una incesante exposición pública de lo privado.

En el seno de una sociedad altamente mediatizada, fascinada por la visibilidad y la imagen, se percibe un desplazamiento de la anterior subjetividad “interiorizada” y privada hacia nuevas formas de autoconstrucción basadas en la exhibición y el narcisismo.

En esta sociedad del espectáculo, en la que solo existe lo que se ve, el mismo gesto de exhibición también condena a una gran parte de la realidad a la invisibilidad total, siendo en esas partes oscuras donde se esconden las *anormalidades* que no dejan de ser otra cosa que la realidad que no queremos mostrar o que los mecanismos capitalistas no aceptan como correctos. Y es justamente porque esta realidad está detrás del escaparate por lo que resulta altamente interesante mirarla³⁸.

Es imposible separar el culto al cuerpo, las nuevas tecnologías y el mercado, institución omnipresente en la

38 Paula Sibila (2008). La intimidad como espectáculo. *Fondo de Cultura Económica*. [bit.ly/48U3hJR](https://doi.org/10.1017/9781107304310.004)

actualidad. Los tres hilos forman el tapiz del capitalismo actual, un régimen histórico que necesita ciertos tipos de sujetos (que ofrecen plusvalía), mientras repele activamente otros cuerpos y subjetividades.

Por eso empezamos este texto lanzando esta serie de ideas fuerza que esperamos ayuden a entender qué proyecto político se esconde detrás de esta suerte de asedio al cuerpo, desde la mercantilización de las emociones, hasta la publicidad y el *marketing* ubicuo, pasando por la importancia actual de la imagen y de la exhibición de lo privado. Buena parte de estas fuerzas capitalistas fluyen a través de las redes sociales y mediante nuevas y poderosas prácticas comunicativas y de persuasión.

Miles de millones de personas de todo el planeta han incorporado hasta lo más hondo de su ser estas herramientas en línea del capitalismo, que no cesan de surgir y expandirse, y las utilizan para exponer públicamente su intimidad y, al mismo tiempo, para ocultar lo que debería ser público. Así es como se ha desencadenado un verdadero festival de “vidas privadas”, que se ofrecen impudicamente ante los ojos del mundo entero. Las confesiones diarias están ahí, en palabras e imágenes, a disposición de quien quiera husmear; basta apenas con mover un dedo o hacer clic y, de hecho, todos solemos mover ese dedo o hacer ese clic³⁹.

Vinculado con esto, otro de los elementos que explican la situación actual de culto al cuerpo tiene que ver con la preponderancia que tiene hoy en día el parecer (de nuevo, el Espejo) y la imagen⁴⁰. **En esta era de la imagen, la apariencia y las características físicas se erigen como estándares sociales de primer orden.** Este contexto favorece el desarrollo de una cultura de atención al cuerpo, que es objeto de inversión y esfuerzo, ya que su correcta presentación ante los demás es un activo para quien lo posee.

39 *Ibid.*

40 Fanjul Peyró, Carlos, Lorena López Font y Cristina González Oñate (2019). Adolescentes y culto al cuerpo: influencia de la publicidad y de Internet en la búsqueda del cuerpo masculino idealizado. *Doxa Comunicación*, Vol. 29, pp. 61-74. bit.ly/44qyXoE

El culto al cuerpo y el *no future*

Además de lo expuesto hasta aquí, otro elemento para reflexionar sobre las causas del nuevo escenario de culto al cuerpo gira en torno a la desafección y *falta de perspectivas sobre un futuro mejor*, especialmente entre los segmentos más jóvenes de la sociedad que no han vivido otra cosa que el presente proyecto capitalista. Existe diversa literatura que indica que el *no future* puede que también sea una emoción que el capitalismo corporal está aprovechando, junto con el resto antes enunciadas.

Porque cuando te han quitado casi todo, cuando apenas puedes controlar nada de tu existencia (ni salarios, ni trabajo, ni vivienda, ni comida, ni consumo, ni ocio, etc.), el cuerpo emerge para buena parte de la población como el último reducto sobre el que actuar.

Así, según esta mirada que desarrollaremos más adelante, en una sociedad donde todo lo nuevo envejece antes de echar raíces, donde la precariedad laboral es la norma e incluso los derechos humanos más básicos se transforman en un lujo; el cuerpo se convierte en el último bastión donde refugiarse para las personas asalariadas y asediadas por la lógica de la competencia. De este modo, el cuerpo se transforma en la inversión más segura para amplias capas sociales, ante una orfandad de proyectos políticos de izquierda que ilusionen a la mayoría social⁴¹.

La frase, atribuida tanto a Fredric Jameson como a Slavoj Žižek, “Es más fácil imaginar el fin del mundo que el fin del capitalismo”, resume a la perfección la falta de horizontes y expectativas en un futuro mejor. Porque si no hay alternativas al capitalismo y ni siquiera las fuerzas que se resisten a sus efectos más adversos plantean nada sustancialmente diferente a lo actual, ¿qué hacer? Si por mucho que miremos a nuestro alrededor no encontramos nada, ¿entonces qué hacer? No es descabellado pensar que, en esta situación de desierto a nuestro

41 Benach, Joan et al. (primavera 2017). Cuerpos frágiles y capitalismo. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, nº 137. bit.ly/4rVjRS7

2. TIEMPOS POSMODERNOS

alrededor, la mirada se acabe dirigiendo hacia el interior, hacia el cuerpo, el último terreno que podemos cultivar.

El cuerpo humano podría ser, siguiendo este análisis, el último reducto espacial de autorrealización de un sujeto desposeído de los medios de producción y los sueños de progreso. **El culto al cuerpo sería, según esta mirada, el resultado de la falta de proyectos comunitarios alternativos.** Modificar nuestro cuerpo sería la respuesta a la individualidad casi absoluta que habitamos, y la exhibición del yo, una búsqueda desesperada del afecto y el cariño públicos que no encontramos en otros lugares⁴².

La trampa de la vida saludable⁴³: el discurso biomédico y la invención de la dieta

Otro de los atributos que cotizan al alza en la sociedad actual, además de la mercantilización extrema, del ultrapoder de las redes sociales, del individualismo extremo, del capitalismo del Yo o de la orfandad de la más mínima posibilidad de un futuro mejor, es la salud. En el culto al cuerpo, además de buscarse aspectos vinculados a la belleza y juventud, se buscan otros que tienen que ver, en teoría, con este atributo: la salud.

Como veremos más adelante, *verse bien* y *estar bien*, son dos de los dogmas a seguir, y ese bien significa (además de belleza), sobre todo, *salud*. **Si la salud parece llamada a convertirse en uno de los ejes rectores más importantes de nuestras conductas, era necesario resignificarla; mantener la palabra pero cambiarle el sentido, ¡y vaya si se ha hecho!, de manera implacable y magistral.**

Pensemos en la aparente paradoja de que, a pesar de las innegables consecuencias que el actual asedio al cuerpo está teniendo sobre nuestra salud, a pesar de la proliferación de muchas conductas de riesgo provocadas por los estereotipos de belleza corporal (como las dietas de riesgo o los excesos deportivos), el marco donde la industria del cuerpo y la alimentaria sitúan estas prácticas es justamente el de la salud. Todo ello hay que hacerlo *por salud*. **Solo hace falta echar un vistazo a los miles y miles de mensajes publicitarios de la industria vinculada al asedio corporal para darse cuenta de hasta qué punto se vinculan constantemente con la vida saludable.**

El culto al cuerpo, la idolatría de la apariencia perfecta como símbolo de felicidad y éxito, debería considerarse un verdadero riesgo para la salud, a la altura del tabaquismo. **Esa nueva concepción de salud se está llevando por delante a la salud misma.**

¿Pero de dónde surge esta obsesión casi enfermiza por la salud?, ¿y por la salud alimentaria, en concreto? ¿Esta necesidad de, ante cualquier alimento, preguntarse si es saludable o no? ¿Y quién decide que lo es? ¿Por qué estamos inmersas en esta fijación maniática en contar calorías y vitaminas, en comprobar pesos y circunferencias de nuestros cuerpos? Lo veremos en detalle en el apartado correspondiente a las dietas, pero lo mencionamos aquí como uno de los ingredientes sociales claves que intervienen en el asedio al cuerpo. **El llamado “salutismo” o el capitalismo biomédico es otro de los marcos a tener en cuenta.**

El salutismo no es más que otra vuelta de tuerca del sistema neoliberal profundamente individualista. Este neologismo, traducción directa del inglés *healthism*, se podría definir como la creencia o el valor cultural de que la salud es más importante que todas las demás recompensas o satisfacciones, es decir, que la salud es el principal objetivo de la vida. Se trata de la preocupación por la salud personal como un objetivo vital –“El objetivo vital”– y no como un medio para alcanzar el bienestar.

Una de las consecuencias más directas del salutismo es que, al delegar en la conducta individual las soluciones a los problemas de salud pública y comunitaria, se con-

42 Illescas, Jon E. El cuerpo sitiado: Cuerpos sentidos, sometidos y representados por la industria del capital. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, n° 137. bit.ly/3XTTgao

43 Lorena Rodríguez Muñoz (2016), Estudio de la influencia de la publicidad de productos de alimentación basada en la imagen corporal en los adolescentes. [Tesis] Universitat Autònoma de Barcelona. bit.ly/4pMJV0j

tribuye indirectamente a legitimar las políticas neoliberales de salud. Colquhoun lo relata perfectamente cuando dice que:

*El salutismo funciona en la comunidad dando por hecho y haciendo parecer natural que los individuos son responsables de su propia salud, y por consiguiente contribuye a despolitizar la salud, de forma que perspectivas más globales son marginadas o ignoradas (...). Un segundo problema es el hecho de que asume que todos los individuos son libres para tomar sus decisiones y para cambiar sus comportamientos adoptando estilos de vida más saludables. Evidentemente, para muchos esto resulta problemático (...). Y, en tercer lugar, el salutismo tiene un efecto conservador del estatu quo de las desigualdades en materia de salud. Raramente se plantean cuestiones relacionadas con la política, economía, cultura y sociedad, aunque sabemos positivamente que se trata de importantes factores en la promoción de salud.*⁴⁴

Altamente vinculado con el salutismo, como satélites alrededor de un planeta, encontramos otras ideologías como el culto al cuerpo, la *culpabilización* y la medicalización de la vida. Del culto al cuerpo ya hablaremos más adelante, pero en lo que se refiere a la culpabilización, esta nueva mirada individualista implica que el cambio a un estilo de vida activo depende exclusivamente de una decisión individual, minusvalorando otros factores que trascienden el ámbito de la voluntad personal. Se ha instalado la idea de que la enfermedad es el castigo por la falta de responsabilidad personal hacia el propio cuerpo.

La *medicalización*, por su parte, es una forma de tratar las funciones corporales normales o las cuestiones sociales como problemas que requieren una solución médica. Esta forma de proceder ha hecho que, con frecuencia, amplios aspectos de la vida personal y social hayan acabado convirtiéndose en objetos de la intervención y

pericia médica. Se trata de un proceso de legitimación del control médico sobre determinadas áreas de la vida, normalmente sobrevalorando y estableciendo la primacía de la interpretación médica en dichas áreas. El monopolio médico extiende su acción a un número cada vez mayor de situaciones de la vida cotidiana. A ello contribuye la ilusión de que las mejoras en la calidad de vida dependen sobre todo de los avances técnico-médicos⁴⁵.

En su ensayo, *Sujetos frágiles*, Varela y Álvarez-Uría nos dicen que “gracias en gran medida a la mediación de la medicina, se configura una biopolítica de la población, un biopoder que actúa sobre los cuerpos, la salud, la alimentación, la vivienda, las condiciones de vida, es decir, sobre toda la existencia”⁴⁶.

De la misma manera que el capitalismo ha ido ampliando sus fronteras y ha colonizado prácticamente todas las esferas de nuestra vida, lo mismo ha ocurrido con el poder biomédico. Pero mientras que ante el primero tenemos por lo menos ciertas defensas activadas, parece que para el segundo no. Como si el saber médico fuera siempre independiente, inócuo y situado completamente al margen de las lógicas de poder y del contexto socioeconómico. Un ser de luz inmaculado que solamente busca nuestro bienestar.

Una magnífica manera de ilustrar el salutismo la hallamos en un texto de Azahara Nieto⁴⁷: “las exigencias con la salud son cada vez mayores, con listas interminables de quehaceres para estar lo más sano posible. Ya no basta con hacer ejercicio, sino que hay que hacer fuerza al menos tres veces por semana; ya no vale con caminar, sino que menos de 10 000 pasos diarios –a poder ser, monitorizables por el teléfono o un reloj inteligente–no

44 Colquhoun, D. (1992). Emancipatory health education and the potential and limitations of health based physical education, en William, T., Sparkes, A. y Almond, L. (Eds) *Sport and Physical Activity*, E & FN Spon, Londres, pp. 350-362

45 Pérez Samaniego, Víctor. Salutismo y actividad física. [Ponencia] II Congreso de la Asociación Española de Ciencias del Deporte. bit.ly/4s3LzfJ

46 Varela, Julia y Fernando Álvarez-Uría (1989). *Sujetos frágiles*. Fondo de Cultura Económica, México.

47 Nieto, Azahara (23 junio 2025). Salutismo: cuando la salud se viste de moralidad y deja de lado el placer. *El País*. bit.ly/4aMRb7E

2. TIEMPOS POSMODERNOS



sirven. Mucho mejor si el ejercicio se hace por la mañana, te ayudará a despertar tu metabolismo y comenzar el día con más energía, incluso si ya te levantas a las 6:00 de la mañana. (...) La alimentación debe ser siempre sana. (...) Es importante comer 'limpio' y 'comida real', ya sabes, esta tendencia del *fitness* y del movimiento *realfooding*."

Tienes 800 dietas a tu disposición en función de tu tribu social o de la moda del mes (ahora las más punteras son el ayuno intermitente y la dieta keto). Los alimentos solo son nutrientes y por eso siempre hay que elegir los que mejor le vayan a tu cuerpo. Los alimentos malos los eligen los flojos, los hedonistas e irresponsables, que no dirigen su vida a ser lo más saludable posible. Sin olvidarnos de la suplementación, que no es opcional, especialmente si ya pasas de los 40 años: magnesio, colágeno, omega-3... lo que haga falta.

Otro factor clave es el sueño, por lo que procura dormir al menos 7 u 8 horas, con una buena calidad del sueño: mira en tu reloj inteligente cuánto tiempo de sueño profundo tienes, cuántos despertares y demás incidencias nocturnas. Silencio absoluto; si no tienes la suerte de vivir en una casa independiente, se recomienda el uso de máquinas de ruido blanco para acallar cualquier tipo de ruido. Intenta dormir sobre un colchón ergonómico, con fundas hipoalergénicas. Duerme siempre las mismas horas, mantén un horario fijo, incluidos festivos y fines de semana. ¡Dormir de más es un fracaso!, podrías estar aprendiendo un idioma en esa hora de más del domingo. La luz es superimportante; ya no es que se conmine a dejar de mirar pantallas al menos una hora antes de irse a dormir, sino que se recomienda incluso el uso de gafas bloqueadoras de luz azul.

También existe, por supuesto, un modelo de cuerpo delgado, fibroso y musculado; los cuerpos que no lo sean son un fracaso.

Es una carrera interminable, siempre en solitario, hacia la meta eterna de la salud. Todo es tu responsabilidad. Si no lo consigues, es porque no te esfuerzas lo suficiente. Pero, como hemos dicho anteriormente, el salutismo ignora lo más importante: las condiciones socioeconómicas y culturales. Tú, y solamente tú, eres responsable de tu salud, que se define en función de lo que diga la industria de la salud. Y se traduce como “saludable” todo aquello que se pueda mercantilizar y monetizar.

Así, sobre el culto al cuerpo se cruzan dos discursos: el de la belleza (qué es bello y qué no, y qué significa eso a nivel social) y el de la salud; y dentro de la salud, tiene un lugar destacado la alimentación saludable. De la misma manera que existe una norma para los cuerpos, existe una norma para la alimentación. Así como hay cuerpos erróneos, hay alimentaciones erróneas.

En la actualidad, la normalización dietética se ha concretado en torno a la “dieta equilibrada”, esto es: un patrón alimentario basado en la restricción o promoción del consumo de ciertos alimentos (qué y cuánto comer) y la prescripción de un conjunto de pautas dietéticas. Lo que queremos destacar aquí es lo que subyace en este discurso, a saber: que **la solución es siempre individual**. La dieta saludable solo se consigue si sigues unas pautas. **Se borran de un plumazo las profundísimas causas estructurales que determinan qué comes y qué no, qué consideras sano y qué no, qué tipo de vida llevas y cuál no.**

El discurso médico capitalista consigue crear una situación donde las personas consumidoras **asumimos prácticamente como propios los intereses de la industria alimentaria, donde la política pública prácticamente ha desaparecido** y, por tanto, todas esas recomendaciones dietéticas se basan en una responsabilidad del cuidado de uno mismo y la exigencia de una verdadera y

descomunal competencia dietética⁴⁸ que, normalmente, no existe. Y, es más, ni tan siquiera tiene por qué existir. De la misma manera que no tienes por qué sacarte un doctorado en química orgánica para que tú, por tus propios medios, puedas saber si el envase plástico que has comprado tiene algún aditivo tóxico o no. Pues lo que esperas es que la cosa pública preserve y proteja tu derecho a la salud.

48 Le Breton, D (1990). *Anthropologie du corps et modernité*. París: Presses Universitaires de France.



3

LA INVENCIÓN DEL CUERPO

Lo que es un cuerpo humano en términos materiales (un conjunto de huesos, músculos, nervios, líquidos, etc.) importa poco o nada aquí, lo que nos importa es, sobre todo, como construcción social. Un cuerpo nos dice cosas, sobre él se dicen cosas, y tanto lo uno como lo otro son construcciones sociales. **No existen los cuerpos en el vacío, siempre están insertados en un entramado de significados sociales y estos cambian a lo largo del tiempo.**

La diversidad material de un cuerpo humano es enorme, hay un transitar prácticamente infinito entre lo que podríamos llamar los extremos de cada atributo corporal. Volumen, altura, color, forma o proporción siguen un *continuum* enorme. Esa es la realidad, la inmensa diversidad de la forma que adopta el cuerpo humano, que sería algo así como la prácticamente infinita gama de colores visibles. Desde el rojo al violeta hay, literalmente, incontables matices en un rango infinito de variaciones. Con los colores no hay mucho problema, pero con la diversidad corporal, sí. Y es que la cosa se empieza a complicar cuando nos damos cuenta de que, sobre esta llamémosle realidad tan diversa, se superponen discursos del saber-poder que la clasifican y jerarquizan.

Siguiendo a Foucault⁴⁹, **desde determinados dispositivos sociales se generan determinados discursos que dictan lo que es un cuerpo normal y lo que no.** De esa diversidad corporal real, se toma un grupo muy pequeño del espectro y se les asigna la característica de “**cuerpos correctos**”. Son los cuerpos que están bien. Los normales. ¿Y el resto? Pues, en mayor o menor grado, se sitúan fuera de la norma. Son, por tanto, anormales y en mayor grado cuanto más se alejen de ese minúsculo grupo de cuerpos elegidos. ¿Y qué se hace con los cuerpos erróneos? Corregirlos, naturalmente.

Pero resulta que todos los cuerpos son normales, de la misma manera que todos los colores son normales; lo que hay es una arbitrariedad sociopolítica que dicta cuáles son más aceptables, los define, los categoriza y

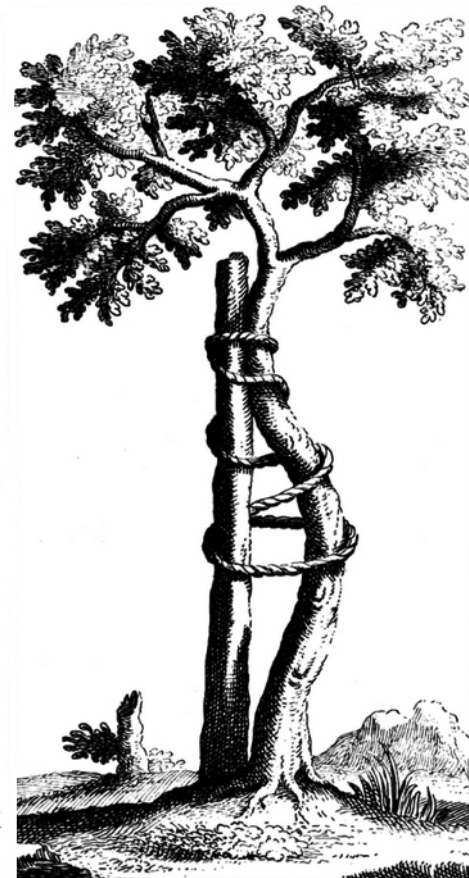
49 Foucault, Michel (2023). Vigilar y castigar. Siglo XXII. bit.ly/3MzcVdk

3. LA INVENCION DEL CUERPO

los jerarquiza. Esa *nueva normalidad* es lo que llamamos “normalización”. Se crea así artificialmente lo normal y, por tanto, también lo anormal. Una vez creada la norma (y es importante recalcar que *es creada*), ésta modifica la realidad situando algunos cuerpos dentro de ella (son cuerpos correctos) y otros muchos fuera de ella (cuerpos erróneos). Estos cuerpos políticamente normalizados hacen emerger a los no normativos, los que están fuera de la norma, por lo que son erróneos y, por lo tanto, hay que corregir, hay que arreglar.

Uno de los ejemplos estudiados por Foucault, y que sirve para ejemplificar lo que estamos diciendo, fue la locura. Según esta mirada, hay todo un abanico de comportamientos humanos y el saber-poder determina cuáles son aceptables y cuáles no, cuáles son normales y cuáles anormales. La normatividad no solamente decide qué es normal y qué no, también decide qué se hace con lo anormal. Las dos cosas van juntas: la definición de la normalidad y la corrección de la anormalidad. En el caso de la locura, qué hacer con los comportamientos anormales (“las personas locas”) ha variado en cada contexto histórico; lo mismo podemos decir en el caso de los cuerpos. **Una vez definido cómo es un cuerpo normal, ¿qué dice el discurso hegemónico que hay que hacer con los cuerpos anormales? Corregirlos.** Y para orientar esos cuerpos hacia la normalidad hay que ejercer todo tipo de violencias. Así, aparece ya en seguida esa doble actuación: una ejercida por el mismo sujeto (que corrige su propio cuerpo) y otra ejercida socialmente (violencia física, psíquica, material y simbólica, social, mediática y médica).

Puesto que todo cuerpo se halla inevitablemente dentro de un determinado entramado sociopolítico, esto implica que está inserto en prácticas discursivas y dispositivos estratégicos que apuntan hacia ciertos modos de disciplina, de arreglo. El cuerpo se encuentra así sometido a ciertas obligaciones socioculturales que no solo hay que cumplir, sino que además llevan aparejados castigos en caso de no hacerlo. Dicho entramado disciplinario conlleva tanto vigilancia social como autovigilancia. La normalización corporal es un elemento clave en todo esto.



Plancha de *L'Orthopédie*, de Nicolas Andry de Bois-Regard (1743; 2 vol.)

Nicholas Andry de Bois-Regard publicó en 1741 un libro titulado *L'Orthopédie*. Esa palabra es un neologismo creado por él mismo y compuesto del griego *orthos*, que significa “recto”, y *pedia*, que significa “niño”. Usó la figura que se presenta para ilustrar cómo se pueden prevenir y corregir deformidades en la población infantil con el símil agrícola del tutor: la estaca recta a la que se ata el tronco deforme o torcido de un árbol en crecimiento con el fin de guiar y corregir su crecimiento⁵⁰.

50 Maza-Ramos, E. et al.(2016). Principio biomecánico del tutor. *Acta Ortopédica Mexicana*, 30(S1). [bit.ly/3XTTn5W](https://doi.org/10.1016/j.actorm.2016.05.005)

La analogía con lo que estamos tratando aquí es evidente. Hay cuerpos que están desarrollándose de manera errónea y hay que enderezarlos. Para ello, tradicionalmente se usaba una tecnología similar al tutor de la ilustración. La idea es que así, con el tiempo, la planta torcida se va a desarrollar adecuadamente. Se trataría pues de un método de intervención en la materia viva que podríamos calificar de mecánico o analógico. El árbol tiene cierta flexibilidad y, al mismo tiempo, cierta rigidez. Por eso esa corrección puede funcionar. Pero es un sistema de actuación lento, más o menos rudo, incluso cruel, y con resultados inciertos. Va en la línea de lo que se hacía con las personas zurdas para corregirlas y conseguir que se volvieran diestras. Pero también se aplicaba (y se aplica aún) sobre las subjetividades, para corregir comportamientos; como cuando alguien no se portaba bien en el colegio y se le castigaba por ello. Es un dispositivo que actúa *de fuera hacia adentro*, desde el exterior, desde el sistema sobre el individuo.

Comparemos esta técnica de modificación con la aplicada en las plantas transgénicas, cuyo genoma se ha manipulado para que expresen o dejen de expresar características que interesan a las empresas que las comercializan (para que generen tolerancia a herbicidas de Monsanto, por ejemplo). Esta metodología no actúa de fuera hacia adentro, sino al revés. Se proyecta la normalización desde dentro, se reprograma con métodos mucho más complejos y sofisticados.

Son dos estrategias de actuación sobre los cuerpos y subjetividades distintas que corresponden de alguna manera a dos momentos históricos distintos. De una estrategia a otra se ha producido un cambio de paradigma, de manera de pensar la materia viva (o sea, los cuerpos). El primer método es muy visible y ciertamente puede provocar cierto rechazo en el mismo cuerpo que está siendo corregido. Pero el segundo no, pues opera desde la invisibilidad. Es una normalización discreta y, por tanto, muchísimo más eficiente.

Los mecanismos que intervienen en la normalización de los cuerpos (es decir, en la definición de cuáles son normales y cuáles no) son diversos, pero hay dos discursos a tener siempre en cuenta: por un lado, tenemos lo que po-

dríamos llamar el discurso sobre la belleza corporal y por otro el discurso médico sobre la salud. Uno nos dice qué es bello y qué no, el otro nos dice qué es sano y qué no.

No estamos diciendo que estos discursos normalizados desvelen unos determinados cánones de belleza o descubran gracias a la ciencia qué cuerpos son saludables y cuáles no. No se trata de eso, lo que hacen estos discursos es crear realidad, es decir, son “performativos”. La concepción de un cuerpo bello ha ido cambiando a lo largo de la historia y lo seguirá haciendo en el futuro; no existe el cuerpo bello en términos absolutos, existe siempre en relación a un periodo histórico que nos dice lo que es bello y lo que no, y a partir de ahí se despliegan una serie de atributos sociales asociados al éxito o la felicidad, por ejemplo. Lo mismo podemos decir sobre la salud y los comportamientos y prácticas considerados saludables por la ciencia del momento. Los discursos performativos sobre la belleza y la salud se crean desde determinadas instancias y dispositivos de poder; de ahí, en palabras de Michel Foucault, la dualidad inseparable saber-poder.

El canon de belleza es creado de forma similar a cómo el discurso médico crea el concepto de salud. Que un cuerpo sea considerado bello y sano a veces puede tener una base médica, a veces ni tan siquiera eso, pero en cualquier caso conviene matizar mucho lo que llamamos discurso médico. Hablaremos de ello más adelante, ahora solamente nos interesa destacar que dicho discurso está ejerciendo un papel central en la normalización de determinados cuerpos en detrimento de otros, creando la normatividad corporal. Unos cuerpos son bellos, otros no; unos cuerpos son sanos, otros no. El mecanismo es el mismo.

Así las cosas: ¿qué dice la norma actual sobre los cuerpos? ¿Cuáles son los cuerpos normales y cuáles son los que hay que corregir?

Para empezar, el rango de las formas corporales consideradas normales se ha ido estrechando con el tiempo de manera que cada vez hay menos cuerpos que caben en esta pequeña “ventana de normalidad”. En seguida la mayoría de los cuerpos se queda fuera, ya sea en su to-

3. LA INVENCION DEL CUERPO



© serhii_bobyk / Freepik.com

talidad o por alguna de sus partes (caderas, barriga, pechos, culo, brazos, cuello, cara, etc.). El grado de presión y autopresión sobre los cuerpos dependerá de diversos factores, pero aquí nos interesan los sociales. En general, cuanto más se alejen de la normalidad más violencia se ejercerá sobre ellos (incluida la autoviolencia ejercida por ellos mismos).

Un segundo elemento de análisis son las relaciones entre el cuerpo normal y el cuerpo deseado. Junto a la normalidad física se instala una normalidad deseada. Puede que tu cuerpo sea estándar (que caiga, aproximadamente, dentro del rango de normalidad creado), pero otra cosa es que estés satisfecha o satisfecho con él o que la sociedad lo considere más o menos bello. Entendemos por “belleza” una especie de valor simbólico,

cultural y político, que se desprende de cómo ese cuerpo es percibido socialmente y qué atributos se le otorgan. Naturalmente, las calificaciones sociales sobre nuestro cuerpo permean y se interiorizan en cómo nos vemos. Este deformado espejo social afecta inevitablemente a cómo nos vemos reflejadas.

Sabiendo esto podemos ya acercarnos a estos dos aspectos: el cuerpo normal y el cuerpo deseado. Ambos son construcciones sociales, pero generan consecuencias distintas sobre las personas “no normativas”: simplificando mucho, con respecto al primer aspecto encontramos la violencia gordofóbica, con respecto al segundo, los trastornos de conducta alimentaria. Los mecanismos que operan sobre ambos a veces coinciden (proyección de una imagen corporal idealizada) y a veces no, lo mis-

mo que el negocio que se genera a su alrededor (dietas, gimnasios, medicina estética, etc.), a veces coincide, a veces no.

Además, los dos cuerpos (el normalizado y el deseado) como constructos sociales que son, están atravesados por un haz interseccional de otros aspectos, aquí vamos a destacar tres: **la clase social, el aspecto étnico-racial y el género**. Los ideales corporales hegemónicos no afectan por igual a los diferentes sectores sociales y étnicos. **Existen también aquí determinantes sociales que operan de manera desigual en la sociedad**⁵¹.

Finalmente, el cuerpo deseado tiene una serie de particularidades que lo hace especialmente apetitoso para el capitalismo corporal, vamos a subrayar dos: es un cuerpo irreal, es decir, no existe; y, derivado de ello, no vas a poder conseguirlo nunca y, por tanto, vas a perseguirlo siempre.

El mecanismo del deseo inalcanzable como motor siempre en marcha del capitalismo corporal va a hacer que, mientras dure esa proyección corporal, no pares de consumir todo aquello que creas que te está acercando a esa imagen ideal pero imposible. Nunca vas a estar suficientemente delgada o proporcionada o tersa o joven o flexible, nunca vas a tener las curvas ni la definición muscular adecuadas, jamás estarás suficientemente depilada ni con el tipo de pelo adecuado, nunca tu rostro será suficientemente armónico ni tus labios suficientemente carnosos y apetecibles. **Esa imposibilidad es, de hecho, lo que mantiene en marcha el negocio.**

El culto al cuerpo conlleva diversas técnicas y disciplinas de *corrección* como las dietas, el ejercicio físico, el consumo de productos y *correcciones* estéticas, etc. El asedio corporal y la enorme valoración atribuida al aspecto físico, se da en ambos sexos, y aunque es una tendencia muchísimo más acentuada en las mujeres, veremos que tampoco el mundo masculino escapa de ella, aunque con

técnicas distintas en busca de normalidades corporales también distintas. Así, correcciones como la depilación, manicura, cosmética, perfumería, moda, tratamientos de belleza y cirugía estética, campos anteriormente casi exclusivos de la mujer, comienzan a formar parte y a adquirir importancia en el mundo masculino⁵².

El cuerpo como pasaporte social. Asignación de atributos a cada cuerpo

En nuestra cultura, caracterizada por un desarrollo vertiginoso de las comunicaciones y del consumo, **existe un bombardeo permanente de mensajes publicitarios dirigidos a crear, exhibir y perpetuar un arquetipo ideal de belleza que debe ser alcanzado**. Se ha llegado a conformar un entorno social en el cual se evalúa constantemente el aspecto físico, en detrimento de otros atributos más emocionales o intelectuales. La coacción mediática es tan ambigua –mezclando y trasladando los conceptos de belleza y éxito– y a la vez tan potente, que resulta muy difícil librarse de ella, sobre todo para determinados grupos sociales donde esa presión es más intensa.

Y es que el cuerpo, nos guste o no, nuestro cuerpo, no es solamente un receptáculo físico, se ha convertido también en uno de los componentes de nuestra identidad. Hoy en día se asemeja más bien a un pasaporte social y la metáfora es más real de lo que pudiera parecer. **Como veremos más adelante, el estudio sobre el origen de las patologías alimentarias nos ha enseñado que vivimos en una sociedad en la que se utiliza el cuerpo como un pasaporte para alcanzar determinado estatus social.**

Una figura esbelta y perfectamente normalizada en una mujer se valora positivamente como sinónimo de éxito, poder, valía, atractivo e inteligencia. Conseguir ese cuer-

51 Behar, Rosa (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; Vol. 48, n° 4, pp. 319-334. [bit.ly/452XgsT](https://doi.org/10.4067/S0712-28752010000400034)

52 Melero, Remedios, & Cantero, Mª José. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19(1), 83-100. Recuperado el 24 de noviembre de 2025. [bit.ly/4593bwB](https://doi.org/10.1016/S1578-3746(08)70000-0)

3. LA INVENCION DEL CUERPO



po es sinónimo de triunfo, éxito personal, profesional y social, pues viene a demostrar que puede ejercer un control sobre sí misma y, por tanto, sobre todo lo demás. En otras palabras, **poseer ese cuerpo óptimo es ser una mujer moderna, competente, autosuficiente, culta y fuerte. Lo mismo para los cuerpos fitness en el hombre.** Y a la inversa, en el caso de las mujeres, no estar delgada, engordar y *perder el control* de tu cuerpo, significa fracasar, carecer de la capacidad de agradar, de alcanzar las metas propuestas y de triunfar. Nuestra cultura homologa la gordura con conceptos negativos como enfermedad, fealdad, flojera, incapacidad e ineficiencia, y discrimina a los sujetos con sobrepeso u obesos. Todos esos valores determinados son asignados implícita y explícitamente a los cuerpos, a los óptimos y los erróneos. Así, el cuerpo en sí mismo se ha convertido en “símbolo de estatus, juventud, salud, energía y movilidad, una vez

que se ha disciplinado por la dieta y los ejercicios convenientes”⁵³.

Esta imagen idealizada se construye en base al concepto de “lo que debe ser un buen cuerpo”, al que se puede y debe aspirar pues va a permitir sentirse mejor con una misma, verse más sana, más atractiva, abriéndosele las puertas del éxito y el prestigio social⁵⁴.

53 Behar, Rosa (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; Vol. 48, n° 4, pp. 319-334. bit.ly/4q0yWQs

54 Soley-Beltran, P. (2006). Fashion Models as Ideal Embodiments of Normative Identity, en *Trípodos*, vol. 18, n° 1, pp. 23-44. Leschner, G., Bolls, P. & Thomas, E. (2009). Scare'em or disgust'em: The effects of graphic health promotion messages, en *Health communication*, vol. 24, n° 5, pp. 447-458

En la actualidad, el perfecto dominio corporal se logra mediante el fomento del autocontrol y la disciplina, cultivados particularmente mediante la alimentación, el ejercicio físico y el deporte, y el *cuidado* estético. Estos son los *tutores* que corrigen nuestros cuerpos erróneos, pero como veíamos anteriormente, el sistema correctivo opera muchas veces como los transgénicos en el mundo vegetal: de dentro hacia afuera y sin que nos demos cuenta de que estamos siendo corregidos.

Como indican los estudios que han analizado la etiología de buena parte de los trastornos alimentarios⁵⁵, la relevancia otorgada al cuerpo cunde especialmente en los medios de comunicación, el mundo del espectáculo, el ocio, el deporte y la publicidad, instancias que le adjudican ciertas cualidades como juventud, belleza, higiene, seducción y aspecto atlético, que en realidad no son precisamente lo más habitual⁵⁶.

La cosmetología y la cirugía estética —favorecedoras de la aparición de los progresivamente más frecuentes trastornos dismórficos corporales— son cada vez más comunes. Además, junto a la enorme proliferación de técnicas y dietas, existen numerosos productos alimenticios dietéticos. Y el ejercicio físico también ha dado nacimiento a una muy lucrativa industria, con aparatos, técnicas diversas, videos, ropa y tratamientos adicionales. Por último, se cultiva una moral del Yo, muy centrada en el trabajo, en el rendimiento y en la producción.

Tenemos todos los ingredientes para la tormenta perfecta que nos está asolando y que está teniendo graves repercusiones sobre la población.

55 Behar, Rosa (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* Vol. 48 n° 4. bit.ly/3KKAkbc

56 Le Breton, D (1990). *Anthropologie du corps et modernité*. París: Presses Universitaires de France.



4

CONSECUENCIAS DEL
CUERPO ASEDIADOTrastornos de la Conducta
Alimentaria

■ Alimentación y género

Catalina di Jacopo di Benincasa, conocida como Santa Catalina de Siena, fue una teóloga, mística, predicadora y escritora del siglo XIV, canonizada por el papa Pío II en el año 1461 y reconocida por el Vaticano como una de las seis copatronas de Europa. Las crónicas nos dicen que en la adolescencia inició el rechazo a consumir cualquier tipo de alimento a excepción de pan, vegetales sin cocinar y agua. Hacia los veinte años, tras la muerte de su padre y diversas visiones místicas, dejó de comer el pan. Hacia los veinticinco, dejó prácticamente de comer. Por si esto no fuera suficiente, se nos dice que se introducía trocitos de madera en la boca para provocarse el vómito pues, según sus propias palabras, si comía algo se sentía llena y necesitaba expulsarlo. Manifestaba, al parecer, que le era imposible comer, que se sentía más saludable y más fuerte cuando no comía o que prefería morir por inanición a alimentarse de forma normal⁵⁷.

El caso de Santa Catalina no es único: Santa Liberata, Santa Inés de la Cruz, Santa Lidwina de Schiedam, Santa Ángela de Foligno, y un largo etcétera de mujeres santificadas sufrieron, básicamente, una relación digamos que complicada con la comida. O más cerca en el tiempo, durante la época victoriana en el Reino Unido y Estados Unidos se hicieron famosas las *fasting girls*, una serie de chicas muy jóvenes que alcanzaron gran popularidad gracias a su supuesta capacidad de no necesitar comer para sobrevivir y a las que también se atribuían poderes milagrosos.

Uno de estos casos se ficcionó en la película *El Prodigio*, que está ambientada en la Irlanda de 1862 y nos cuenta el caso de Anna O'Donnell, una niña que, aunque su-

57 Baile Ayensa, José I. y María J. González Calderón. ¿Anorexia nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena. *Rev. Mex. de trastor. Aliment.* Vol.3, nº2 jul./dic. 2012. bit.ly/44XQzbC

4. CONSECUENCIAS DEL CUERPO ASEDIAO

puestamente lleva cuatro meses sin alimentarse, no parece ver su salud resentida y se le empiezan a atribuir cualidades milagrosas.

Si contamos estos casos no es porque pensemos que estos fenómenos sean antecedentes directos de los actuales Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), sino para resaltar dos aspectos que nos parecen interesantes: uno, que es un fenómeno con una clarísima carga de género y dos, que las conductas alimentarias son inseparables de su contexto social, económico y cultural.

En los casos descritos, el contexto cultural asociaba la renuncia a comer con la renuncia a los placeres materiales del cuerpo y, por tanto, con una especie de depuración mística que elevaba las almas al plano espiritual. De ahí la vinculación entre no comer y la santidad⁵⁸.

Respecto al tema género, en nuestro contexto se asocia comer poco con la feminidad. De hecho, no decimos nada nuevo si remarcamos que el sesgo de género, como no podía ser de otra manera, atraviesa todos los ámbitos de la vida humana y el alimentario no es una excepción, muy al contrario. Dentro del patriarcado, la asignación de roles específicos, separados y jerarquizados entre hombres y mujeres es un elemento esencial. Así, algunas actividades u objetos son percibidos comúnmente como masculinos y otros como femeninos, con lo que se reproduce y profundiza esa jerarquización. Jugar al póquer se percibe como masculino, comprarse zapatos, como femenino; el boxeo es masculino y la danza clásica, femenina. Y así hasta el infinito. La sociedad se divide en roles y asigna cada uno a un género, y da igual que quien realice la actividad sea un hombre o una mujer biológica, la masculinidad o feminidad se superpone a ese cuerpo, sea como sea. Pero, ¿qué ocurre con la comida? ¿También aparece el sesgo de género en el acto de comer?

Pues sí. Por ejemplo, los datos muestran tozudamente que las mujeres comen menos carne que los hombres

y, si miramos por el tipo de carne, veremos que comen algo más de carnes blancas, considerablemente menos carnes rojas y muchas menos carnes procesadas. Un estudio en el Estado español ha hallado que los hombres comen prácticamente el doble de carne roja que las mujeres⁵⁹. Dicho de otra manera: el patrón de consumo de carne menos sano es típicamente masculino lo que, como el resto de prácticas alimentarias, tiene explicaciones culturales, no biológicas.

Existe un programa de televisión estadounidense llamado *Man vs Food* (traducido aquí como *Crónicas carnívoras*) que lleva varios años en antena (aunque las reposiciones aparecen y desaparecen de las pantallas de manera habitual). El mecanismo del programa es muy simple: consiste en que el protagonista recorre las distintas ciudades y regiones de Estados Unidos y se enfrenta a retos alimentarios como: comerse la pizza más grande, la mayor torre de filetes con patatas, el máximo número de perritos calientes en media hora, la fuente de helados más enorme, y cosas así. De ahí el título: “el hombre contra la comida”, una batalla en la que, la mayoría de las veces, gana la comida. Un programa de televisión realmente recomendable.

Si recordamos el título de este apartado, es lógico pensar que ahora nos vamos a centrar en analizar lo altamente machista que es este programa: el protagonista es hombre, las actitudes y la puesta en escena ensalzan la masculinidad (cuando el protagonista se atraganta porque ya no puede tragar ni una costilla con salsa barbacoa más, se acerca una mujer y le da un beso para darle fuerzas).

Pero no vamos a centrarnos en esto, lo que nos interesa destacar es lo siguiente: cuando termina el desafío, si el comilón lo ha superado cuelgan su foto en el “muro de la fama” (*Hall of Fame*), pero si no ha podido con las 438 albóndigas, cuelgan su foto en el “muro de la vergüenza” (*Hall of Shame*). Si observamos con atención tanto un muro como otro, sorprende ver que todas y cada una

58 San Sebastián Cabasés, Javier. Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Estudios de Juventud*, nº 47. bit.ly/4oU4Tt2

59 Justicia Alimentaria. *Carne de cañón: Por qué comemos tanta carne y cómo nos enferma*. bit.ly/4rXpAqE

las fotografías son de hombres. Y son muchas fotos, en muchos restaurantes, en muchas ciudades, en muchos programas. Todos hombres.

Hagamos un brevísimo repaso al tema de los roles y la perspectiva de género, porque nos resultará muy útil para abordar los TCA.

Según Martín Bardera⁶⁰, como categoría de análisis el género desvela que las relaciones sociales se establecen basándose en el dimorfismo sexual y son jerárquicas, de dominio del hombre sobre la mujer. La perspectiva de género ha posibilitado deconstruir realidades sociales, presentadas como objetivas, y forjar nuevas miradas capaces de integrar múltiples reivindicaciones procedentes de los movimientos feministas.

Una de las tesis principales del feminismo clásico es que no hay modelos naturales de ser hombre ni de ser mujer que justifiquen roles sociales normativos. Las consecuencias de la asignación de espacios distintos para hombres y mujeres basándose en la división de roles han sido, entre otras, el desequilibrio en la distribución de tareas, empleo del tiempo y asunción de valores, y una subordinación constante de las mujeres a los intereses de los hombres. La diferencia sexual sirve de base para congrega a los individuos en dos grandes grupos y determinar, a partir de su pertenencia a uno o a otro, cuál va a ser su lugar en el mundo. La educación y el reparto de esos lugares responden pues a unas pautas sociales que, además, vuelven preceptiva la heterosexualidad al no contemplar otras identidades más allá de la masculina y la femenina. Tal es así, que la norma se proyecta en dos dimensiones: una individual, que establece dos sexos vinculados en una sexualidad hetero; y una genérica, en la que cada grupo sexual tiene una identidad social asociada al papel que el individuo debe desempeñar.

Mediante esta dualidad hombre/mujer, se estipula qué se espera de cada individuo en función de su sexo, pres-

cribiendo no solo cuál es su espacio de actuación, sino también cuáles son esas actuaciones esperadas. La normatividad social sirve para fundamentar las relaciones de dominio y subordinación entre hombres y mujeres⁶¹.

Bien, volvamos a la alimentación y género, y en concreto, al ejemplo de la carne.

Cuando comemos, la marca de género está muy presente. Los hombres comen de una manera y las mujeres de otra, los hombres comen más ciertos tipos de alimentos y las mujeres otros, y ese dimorfismo alimentario corresponde a los roles que la sociedad patriarcal adjudica a uno y otro sexo. De la misma manera que hemos visto que hay actitudes asociadas a las mujeres (actitudes femeninas, aunque las presenten también muchos hombres), que hay objetos masculinos y femeninos, colores, músicas, estados de ánimo, literatura, arte, oficios o gestos masculinos o femeninos, también existen alimentos marcados de masculinidad y otros de feminidad; es decir, socialmente asociados al hombre o a la mujer. Comer como un pajarillo es una muestra de feminidad, comer ensalada también, comer alimentos con mucha fibra o comer fruta y verdura son femeninos; comer mucho y en grandes cantidades es masculino, comer grasas, carne y frituras también. La repostería (pasteles, *cupcakes*, helados...) es femenina.

Siguiendo con el ejemplo de la carne, las razones de por qué este alimento activa el marco de género masculino son diversas y no tienen demasiado interés para este informe; baste con decir que se establece una relación entre la carne, la fuerza y el dominio masculino de la naturaleza (que incluye los animales). En la cultura occidental se ha asociado la carne a la fuerza y el poder, siendo generalmente un recurso más escaso que, por ejemplo, los alimentos derivados del huerto o agricultura, y por ello más preciados y, por tanto, asignados a la parte alta de la jerarquía, es decir, a los hombres. Carne y poder masculino parecen ser parte de la respuesta a por qué los hombres comen más carne que las mujeres y por qué se percibe este alimento como “más masculino” (y ambas cosas

60 Martín Bardera, Sara (2014). Concepto de género, de las teorías feministas a las políticas públicas. La universidad pública española como estudio de caso. [Tesis] Gredos. bit.ly/4q8b3Xg

61 *Ibid.*

4. CONSECUENCIAS DEL CUERPO ASEDIADO

se retroalimentan). Un dato que refuerza ese vínculo es que el vegetarianismo y las distintas orientaciones alimentarias que reducen voluntaria y conscientemente el consumo de carne son practicados básicamente por mujeres. En el Estado español, más del 70 % de las personas veganas son mujeres; de hecho, una de cada 8 mujeres dice serlo⁶².

En un intento por demostrar y esclarecer algunos aspectos de esta masculinización cárnica, se realizó un estudio realmente interesante⁶³. El primer parámetro analizado fue la asociación implícita, es decir: si de manera sutil asociamos la carne al hombre. Se mostró a las personas participantes (hombres y mujeres de diferentes edades) un listado de alimentos y otro de nombres propios, indicando que se asociaran las dos columnas. Se constató que las personas participantes asociaban sistemáticamente las palabras “ternera”, “cerdo” y “hamburguesa” con nombres masculinos (Paul, Robert y John), mientras que asociaban las palabras “cereales”, “legumbres” y “brócoli” a nombres femeninos (Joanne, Claire y Mary).

Otro parámetro analizado fue la atribución de género a la preferencia por la carne. En este caso, se mostró un párrafo de texto idéntico excepto por dos variables (el sexo de la persona descrita en él y el tipo de alimento que decía gustarle), para luego preguntar sobre distintas variables que incluían la masculinidad de la persona protagonista. Se demostró de manera significativa que la persona protagonista era catalogada sistemáticamente como menos femenina cuando decía que le gustaban los bistecs que cuando decía que les gustaban las verduras. Y a la inversa. Se demostró así que existe una fuerte asociación entre la percepción de masculinidad de alguien y su gusto por la carne.

Este mismo aspecto se ha demostrado en otros estudios similares: al preguntar sobre los alimentos favoritos de un listado, existe un sesgo de género muy marcado, los hombres señalan los productos cárnicos y las mujeres los lácteos, cereales, frutas, pescado y postres⁶⁴.

Pero la segunda parte del estudio fue aún más interesante. Como decimos, tanto hombres como mujeres activaron los mismos marcos de género en relación con la alimentación (coincidieron en asignar algunos alimentos como masculinos y otros como femeninos, siendo la carne y derivados los más masculinos, y las verduras los más femeninos), pero a la hora de entregar los resultados a los participantes, se dijo a cada hombre individualmente que su respuesta indicaba un grado de masculinidad bajo, ya que había asignado alimentos de manera distinta al resto, midiendo a continuación su grado de ansiedad, disconformidad y disgusto. El resultado fue que los hombres se sintieron atacados en su masculinidad y mostraron un alto grado de estrés por haber asociado los alimentos erróneamente con respecto al patrón de roles social.

Esto nos lleva al segundo punto que queremos destacar: no solo se atribuye a los alimentos marcas en género, sino que su consumo es socialmente visto como prueba, justamente, de esa feminidad o masculinidad. El acto de comer es un momento donde la persona puede manifestar y poner en práctica el rol asignado, masculino o femenino, para encajar en él y ser vista por el resto de la sociedad como normalizada.

Finalmente, vamos a destacar otro elemento que delata esta diferenciación del hecho alimentario por géneros: los envases. Se puede estudiar si es posible influir sutilmente en las preferencias alimentarias según tipos de alimentos diseñando el envase para que sea coherente con los esquemas de género. Un estudio⁶⁵ ha demostrado que la gente prefiere aquellos alimentos cuyos envases siguen el esquema de género (hombre = poco sano,

62 Unión Vegetariana Española. La población veggie en España (Datos 2023). bit.ly/4sdXgR9

63 Rozin, Paul et al. (octubre 2012). Is Meat Male? A Quantitative Multimethod Framework to Establish Metaphoric Relationships. *Journal of Consumer Research*, Vol. 39, n° 3, pp. 629- 643. bit.ly/48XS0YY

64 *Ibid.*

65 Zhu, Luke (Lei) et al. Running head: Gender stereotypes and food preferences. *Socialjudgments.com*. bit.ly/3XUiZPW



mujer = más sano) antes que aquellos con envases incongruentes con dicho esquema.

Lo primero que hay que tener en cuenta es que el envase comercial juega un papel trascendental en la compra de alimentos, influyendo drásticamente en la misma. También que dicho envase está claramente marcado por los estereotipos de género, en concreto de salud y género. Como ya hemos apuntado, este estudio demuestra que cuando el envase de alimentos es congruente con el marco de género dominante, el alimento es mejor puntuado, aceptado y comprado. Pero lo que aún resulta más llamativo: que el envase sea congruente o no con dichos roles influye directamente en el juicio sobre el sabor y el gusto del producto.

Se ha demostrado que cuando una magdalena se publicita como sana dirigiéndose a un público masculino, a este le parece menos sabrosa que a un público femenino ante la misma magdalena, pero publicitada para mujeres. ¡El poder de los roles en alimentación es pues tan notable que incluso llega a alterar la percepción del gusto!



Bien, ahora volvamos al tema de los TCA. Se trata de un fenómeno altamente feminizado y no solamente porque la presión corporal que sufren las mujeres es infinitamente más fuerte, sino también porque, como acabamos de ver, la alimentación está marcada por el género y comer poco (y *sano*) se asocia a la feminidad. **La normatividad corporal y la normatividad alimentaria hacen una pinza perfecta sobre el cuerpo femenino y sus actitudes respecto a la comida.** Una mujer que coma *demasiado* o que coma lo que no le corresponde (albóndigas, salchichas, pancetas, costillas, cochinillo, etc.) es poco femenina y una mujer con un cuerpo perfectamente normal pero no normativo, tampoco es femenina.

Para rizar el rizo, hace siglos que existe una relación entre la feminidad y los TCA (aunque no se llamaran así), especialmente en el ámbito de la psiquiatría/psicología. Así, Fleury Imbert (1793-1851), médico y frenólogo francés, elaboró en 1840 el *Traité Théorique et Pratique des Maladies des Femmes* (Tratado teórico y práctico de las enfermedades de las mujeres) incluyendo en él la anorexia. Luego vendrían otros autores, empezando por

Freud, que han vinculado estos trastornos con la histeria, la melancolía o (cómo no) los problemas de libido⁶⁶.

Decimos todo esto para entender que el entramado donde se sitúa actualmente a los TCA tiene un altísimo componente sistémico y contextual y, quizás, una base más profunda que la idea (cierta, aunque simple) de que se deben al *sobreuso* de las redes sociales y a las imágenes de cuerpos irreales que se proyectan en ellas.

■ ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

En realidad, no hay una definición única, pero podemos empezar recurriendo a una de las más completas, la del **Hospital Clínic de Barcelona**, que define los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como enfermedades mentales graves que se relacionan con una conducta alterada respecto a los hábitos alimentarios, lo que se traduce en comportamientos que van desde comer de manera descontrolada hasta la falta de ingesta de comida. Afecta principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes, y en su aparición influyen principalmente factores biológicos y de personalidad. Los trastornos más frecuentes son la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, el Trastorno por Atracones y el Trastorno Evitativo/Restritivo de la Ingesta Alimentaria⁶⁷.

Veamos otras definiciones.

Los Servicios de Salud de la Comunidad de Madrid los definen como: “Trastornos relacionados con la autopercepción y la distorsión de la imagen corporal”⁶⁸.

El Ministerio de Sanidad como: “Un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo”⁶⁹.

La Generalitat de Catalunya los define como: “Trastornos mentales y del comportamiento, de etiopatogenia multidimensional resultado de la interacción de diferentes causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural, que comportan graves anomalías en el comportamiento alimentario”. Y continúa diciendo: “Se entiende, pues, que el síntoma externo podría ser una alteración de la conducta alimentaria (restricciones calóricas severas, saltarse las principales comidas, atracones con conductas de purga posterior, negación a comer determinados alimentos, vómito autoinducido, uso de laxantes o de otros fármacos o productos, con inicio o aumento de la actividad física para incrementar el gasto energético en determinados casos, todas ellas con el objetivo básico de perder peso), pero el origen de estos trastornos se debería explicar a partir de alteraciones de tipo psicológico (descontento con la imagen corporal con importante preocupación por el peso, autoestima baja, percepción errónea de las propias medidas corporales, nivel elevado de insatisfacción personal, miedo de madurar, índices elevados de autoexigencia, ideas distorsionadas con respecto al peso o a la comida, entre otros)”⁷⁰.

Como vemos, la mayoría indica que se trata de un trastorno mental que se manifiesta por una alteración de los hábitos alimentarios y que tiene un origen multifactorial.

66 Martín, Olga (2000). Aproximación histórica a la psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Congreso Virtual de Psiquiatría* 1 de febrero - 15 de marzo 2000. Conferencia 34-CIF: [51 pantallas]. bit.ly/4acK4VW

67 Hilker Salinas, Inés et al. ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria? *Portal Clínic*. bit.ly/4iZIGsf

68 Trastornos de la Conducta Alimentaria. bit.ly/4iXkPcA

69 Ministerio de Sanidad y Consumo (España) (mayo 2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. bit.ly/3MH0qiM

70 Comunidad Autónoma de Cataluña (24 enero 2019). Decreto-ley 2/2019, de 22 de enero, de modificación de la Ley 22/2010, de 20 de julio, del Código de consumo de Cataluña, para incorporar medidas contra los trastornos de la conducta alimentaria. BOE. bit.ly/4iXlue4

Según la última edición (5ª ed.) del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V)*⁷¹, la anorexia se define como:

1. Restricción y reducción de la ingesta nutricional que provoca una pérdida significativa de peso. La pérdida de peso puede venir dada por una restricción alimentaria acompañada de ejercicio físico intenso.
2. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso.
3. Insatisfacción corporal: suele haber una alteración en la percepción del peso y la silueta corporal. La persona, a pesar de tener un índice de masa corporal bajo (inferior a 18,5 kg/m²), puede verse gorda o con medidas desproporcionadas. A pesar de la pérdida de peso objetiva, las personas afectadas presentan un temor intenso de llegar a ser obesas. Hay una distorsión importante de la imagen corporal, con preocupación extrema por la dieta, figura y peso.

Acabaremos con una definición algo diferente, la de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su última versión (CIE-11): “Los trastornos del comportamiento alimentario abarcan los comportamientos anormales vinculados con la alimentación que no pueden explicarse por otra afección de salud y que no son apropiados para el nivel de desarrollo del individuo ni congruentes con las normas culturales. Incluyen tanto alteraciones del comportamiento que no están relacionadas con preocupaciones con el peso y la figura corporales como la ingesta de sustancias no comestibles o la regurgitación voluntaria de

alimentos, como comportamientos anormales vinculados con la ingesta o preocupación por la comida, el peso y la figura corporales”⁷². Es una de las pocas definiciones que no habla de alteración o enfermedad mental.

En realidad, la definición exacta tiene una importancia relativa excepto para detectar la mirada hegemónica prevalente sobre este tipo de comportamientos. Se trataría, se nos dice, de un problema mental, multifactorial, que se traduciría en comportamientos anómalos respecto a la comida. Como vemos, la mirada es casi exclusivamente médica y, especialmente, de la esfera mental. Básicamente, se trataría de un trastorno que se manifiesta en una preocupación anormal por la comida y la imagen corporal, es decir, esencialmente lo que hemos visto en la primera parte de este informe: la creación de un nuevo marco de mercantilización del cuerpo y del dueto comida-ejercicio como los principales mecanismos disciplinadores.

Es decir, que quizás no haya tanta distancia entre los batidos proteínicos para *fitness*, el incremento exponencial de gimnasios, el auge desenfrenado de productos antiarrugas, antiestrías, antiedad en general, los mil y un programas y pódcasts sobre comida saludable y los TCA.

Aunque sea solo de refilón, no podemos dejar de mencionar que entre los hombres ha aumentado de manera exponencial la vigorexia: una variante no clasificada como TCA, pero que también supone una distorsión de la imagen corporal y que provoca una obsesión por esculpir un “cuerpo de culturista”⁷³, incluyendo un importante cambio de hábitos dietéticos y nutricionales. En definitiva, otro fenómeno relacionado, basado en una mirada distorsionada sobre el propio cuerpo y sobre la dialéctica comida-ejercicio.

71 Aunque sin ahondar en ello, es interesante saber que la llamada “biblia de las enfermedades mentales” (el DSM-V) está inmersa en una enorme polémica por la influencia en su elaboración por parte de las compañías farmacéuticas y por su desmesurado e injustificado interés de ampliación de patologías. Así, uno de los editores de la anterior edición declaraba que el Manual será un negocio para “la industria farmacéutica, pero a costa de un enorme sufrimiento para los nuevos pacientes falsos positivos que queden atrapados en la excesivamente amplia red del DSM-5”. Consejo General de la Psicología de España (29 mayo 2013). El debate mundial generado por el DSM-5. *Infocop*. bit.ly/4rXXxr8

72 OMS. Trastornos del comportamiento alimentario. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. *Icd.who.int*. bit.ly/3XR5oJh

73 Real Academia Nacional de Medicina de España (29 noviembre 2024). Aquellos TCA que se cronifican pueden llegar a ser muy graves y causar la muerte en una de cada diez personas [Nota de prensa]. bit.ly/4aVlxnk

La situación actual se parece a un paisaje sumergido en la niebla del que solamente emergen los picos más elevados. Solo vemos las cimas, pero estas no flotan en el aire, son solamente el vértice de lo que hay debajo, tapado por la niebla. Vemos los TCA, vemos la gordofobia, vemos otros picos, pero la orografía donde se asientan, no la vemos realmente. Y tan importante es una cosa como la otra.

■ Algunos datos

Uno de los aspectos que más destacan cuando se analizan los datos de prevalencia de los TCA es la virulencia del fenómeno. Desde los años ochenta estos trastornos avanzan con suma rapidez: las tasas se duplican o triplican en la mayoría de países en apenas dos décadas⁷⁴. Veamos algunas cifras sobre este fenómeno en el Estado español. El gráfico 3 muestra la eclosión de casos en los últimos años.

Según datos de la Agencia de Salut Pública de Cataluña, desde el año 2016 se han incrementado en un 61 % los casos, especialmente en la población femenina de entre 12 y 24 años. Cifran en 2 de cada 20 las personas jóvenes afectadas y 5 de cada 20 las que estarían en riesgo de padecerlo⁷⁵. Un segundo dato significativo es que son fenómenos predominantemente femeninos: **nueve de cada 10 casos de TCA se dan en mujeres**⁷⁶.

En el Estado español hay cuantificadas alrededor de 400 000 personas con algún trastorno de la conducta alimentaria, de las que 300 000 tienen entre 12 y 24 años, siendo la tercera causa de enfermedad crónica

en la adolescencia⁷⁷. La anorexia, por su parte, es la enfermedad mental con mayor tasa de mortalidad de todas las enfermedades catalogadas como “psiquiátricas”⁷⁸.

Sirva este último dato para entender la gravedad de lo que estamos hablando. Más allá del tópico de chiquillas que comen poco y ya está, restándole importancia, se trata de una dolencia de consecuencias devastadoras. Porque los TCA son las enfermedades mentales con mayor tasa de mortalidad (un 5 %), además de un alto porcentaje de no curación (más del 30 %), con una alta tendencia por tanto a su cronificación. En cuanto a los casos de curación, requieren una media de cinco años⁷⁹. Las cifras de no curación se mantienen estables desde hace años y parece que no se consiguen reducir⁸⁰. Por ejemplo, el Hospital de Bellvitge en Barcelona cifra en un 54,3 % los pacientes con TCA tratados en su Unidad de Trastornos Alimentarios que consiguen una recuperación completa o sustancial de los síntomas. Y eso que se trata de casos que han estado hospitalizados y tratados intensamente⁸¹.

Los últimos estudios realizados coinciden en señalar una tasa de prevalencia de TCA en población adolescente (entre los 12 y los 21 años) española de alrededor del 4,1 %-4,5 %. Ahora bien, son datos que hacen referencia a las hospitalizaciones, lo que significa que son cifras

74 Gordon, R. (2000). *Eating Disorders: Anatomy of a Social Epidemic*, Oxford: Blackwell Publishers.

75 Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia (28 noviembre 2023). Datos genéricos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en 2023. *Acab.org*. bit.ly/4ai5PDM

76 Jiménez, Andrea (3 abril 2023). Las niñas y mujeres representan 9 de cada 10 casos de trastornos de la conducta alimentaria en España. *Univadis*. bit.ly/3XUOfyk

77 400.000 personas, la mayoría jóvenes, sufren un trastorno de alimentación. *La Vanguardia* (2019). bit.ly/4iUg0AE

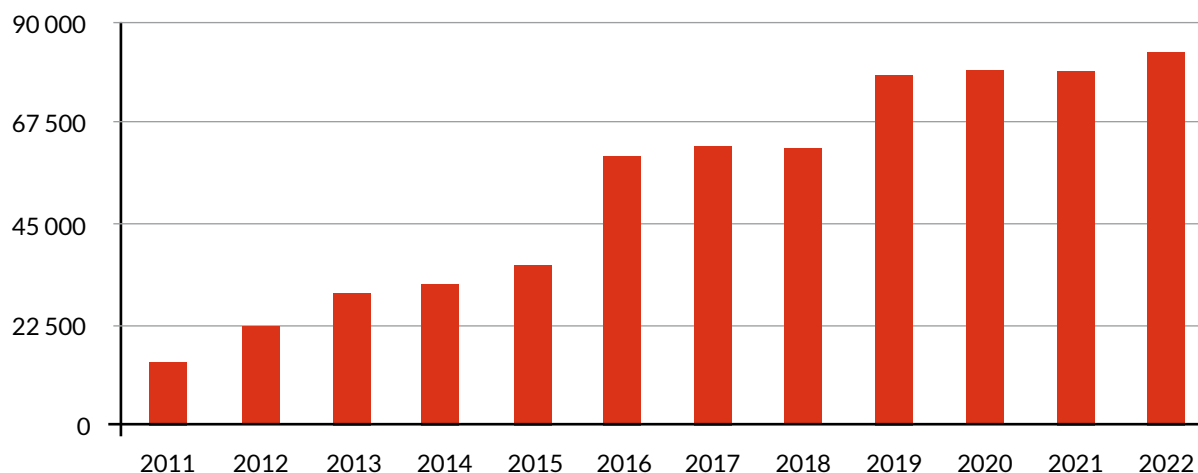
78 La anorexia es la patología psiquiátrica con la mortalidad más alta: Según el Centro Nacional de Excelencia para los Trastornos de la Alimentación de Estados Unidos. *Redacción Médica* (15 julio 2019). bit.ly/3L2FGi3

79 Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia (28 noviembre 2023). Datos genéricos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en 2023. *Acab.org*. bit.ly/4pzW8VZ

80 Giovio, Eleonora (24 diciembre 2024). Los trastornos de conducta alimentaria golpean a los menores de 12 años: “Es horrible, ves a tu hija muy mal y no sabes qué hacer”. *El País*. bit.ly/4rYqmDC

81 Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (1 abril 2021). Los años de evolución de la enfermedad tienen un impacto decisivo en la respuesta al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Idibell.cat*. bit.ly/4pDTsXD

Gráfico 3. Evolución de casos registrados de anorexia o bulimia en el Estado español



Fuente: Statista

muy infravaloradas, por lo que seguramente estemos ante una realidad mucho peor, si cabe⁸².

Además, los TCA aparecen cada vez a edades más tempranas: en los últimos cuatro años se ha constatado un incremento de un 15 % en menores de 12 años. Por ejemplo, el Hospital Niño Jesús de Madrid ha registrado que se ha pasado de que solo el 8 % de todos los ingresos eran de menores de 12 años, a un 20 %-25 %, más jóvenes y subiendo. Sólo en este centro, el número de hospitalizaciones de menores de 12 años ha crecido un 22 % en el último año⁸³. Ya se observan casos de menores entre 6 y 11 años con algún tipo de TCA.

■ Las causas

¿Cómo se ha llegado a esta situación de pandemia social, especialmente entre la población infantil y juvenil? Hemos visto que existe cierto consenso en considerar esta afectación como multicausal y buena parte de la literatura la asocia al inmenso impacto de las redes sociales y de su contenido tóxico alrededor de la imagen corporal, las dietas y el ejercicio.

Sabemos que, por un lado, se está produciendo un aluvión totalmente desregulado de contenidos y publicidad sobre alimentación que está inundando continuamente a la población infantil y juvenil a través de las redes sociales. Por otro lado, se ha generado un contexto socio-cultural donde el culto al cuerpo es creado, potenciado y estimulado por esos mismos canales y otros similares. Esas dos fuerzas de altísima intensidad actúan sobre un principio de realidad: los cuerpos son lo que son y nunca son suficientemente sanos ni bellos. Así que nos encontramos entre dos fuerzas que parecen estar empujando en sentidos contrarios. Y cuando sobre un objeto actúan fuerzas en sentidos contrarios el resultado suele ser la

82 Giovio, Eleonora (24 diciembre 2024). Los trastornos de conducta alimentaria golpean a los menores de 12 años: "Es horrible, ves a tu hija muy mal y no sabes qué hacer". *El País*. bit.ly/4rYqmDC

83 *Ibid.*

fractura. Quizás eso es exactamente a lo que estamos asistiendo: a una fractura social de los cuerpos y mentes de la población que se manifiesta de diversas y dramáticas formas, como los TCA. Y cuanto mayor es la presión, mayor es la fractura, como en la población infantil y juvenil, y en las mujeres.

► Las redes sociales y la alimentación

Como hemos expuesto, un primer grupo de causas procede del contenido que diseminan las redes sociales sobre la comida, y su efecto sobre la población infantil y juvenil. Dentro del ámbito de la *comunicación* sobre alimentación, encontramos a supuestas personas expertas (algunas lo son y otras no) en nutrición y salud, a las industrias alimentarias, a chefs famosas o *influencers* de la comida y el bienestar. Por *influencers* nos referimos a personas usuarias de Internet que han alcanzado un cierto nivel de reconocimiento, típicamente determinado por su número de seguidoras y que, a su vez, establecen tendencias sobre temáticas específicas.

El discurso de la alimentación a través de las redes sociales y su capacidad de influenciar a la sociedad es un tema de investigación que cada vez está tomando mayor relevancia. **En las redes sociales conviven dos tipos de contenidos vinculados a la alimentación: el *marketing* desregulado de alimentación insana y la obsesión por la alimentación sana** (lo que antes hemos llamado *normalización dietética*).

En un estudio anterior analizamos el impacto de las redes sociales y la importancia de las *influencers* en el consumo de alimentos insanos⁸⁴. En él señalábamos que existen evidencias contrastadas de que la población adolescente muestra una actitud más positiva hacia los alimentos poco saludables y se siente más atraída por ellos después de la exposición al *marketing* de influencia. Cuanta más información sobre alimentos insanos publican las *influencers* en las redes sociales, más probabilidades hay de que las personas que la ven tengan

preferencia por ese tipo de alimentos y los consuman⁸⁵. Se ha contrastado igualmente que la exposición a la publicidad de alimentos insanos a través de dispositivos móviles lleva a un menor consumo de frutas y verduras y a un mayor consumo de bollería industrial, comida rápida y refrescos. La exposición simultánea a múltiples plataformas digitales acelera el deterioro de los patrones alimentarios saludables en la población adolescente⁸⁶.

La conclusión de la evidencia disponible es que los alimentos insanos, publicitados mediante las actuales técnicas de *marketing* digital, obtienen mayores respuestas positivas y activan canales conductuales con mayor intensidad que los alimentos sanos (que, dicho sea de paso, no suelen publicitarse en estas redes de *marketing*). Además, puesto que la inmensa mayoría de estos alimentos insanos son de una marca concreta (anteriormente marcada —valga la redundancia— con unos atributos positivos concretos), dichas técnicas hacen que la población infantil y juvenil se sienta más atraída hacia ellos y busque interactuar y compartir esos contenidos para formar parte de la comunidad creada alrededor del producto.

También se constata que varios subgrupos poblacionales de adolescentes pueden ser particularmente susceptibles a este tipo de *marketing* de alimentos, lo que los hace especialmente vulnerables. Así, se han detectado varios factores⁸⁷ que parecen afectar al grado de influencia que tiene este tipo de contenidos digitales y que se traducen en un incremento de la ingesta de estos productos: el primero es el factor edad (a menor edad, más influencia), el segundo el grado de “equilibrio emo-

84 Justicia Alimentaria (2025) Unfollow. bit.ly/49a8NsR

85 Guoquan ye (enero 2021). The Value of Influencer Marketing for Business: A Bibliometric Analysis and Managerial Implications. *Journal of Advertising*, vol. 50, nº 2, pp. 1-19. bit.ly/4oYvK7I

86 Guo, Mingxin. The impact of unhealthy food marketing on children on social media platforms. *The Frontiers of Society, Science and Technology*. Vol. 5, nº 15, pp. 58-62. bit.ly/4pLxu56

87 Maksi, Sara J. et al. (16 mayo 2024). Exploring Adolescent Vulnerability to Influencer Product Endorsement on Snack Intake Within a Live Streaming Context. *Technology, Mind; and Behavior*, Vol. 5, nº 2. bit.ly/3KLSVne



© Freepik.com

cional” y un tercero es una menor capacidad de autocontrol alimentario⁸⁸.

En el caso de la población infantil, también se ha detectado que está dispuesta a ver anuncios de alimentos (incluso si los identifican como publicidad) mientras sean divertidos, interesantes o nuevos. Es decir, la población infantil sigue siendo receptiva a los anuncios debido a su contenido atractivo y los siguen viendo incluso cuando tienen la oportunidad de saltárselos. Esto respalda la idea de que esta población ha “naturalizado” la presencia de los anuncios como parte de su experiencia visual⁸⁹.

Es importante aclarar que el *marketing* por redes sociales dirigido a la población infantil y juvenil activa mecanismos distintos al *marketing* de los medios tradicionales. Por ejemplo, el sentimiento de pertenencia a un colectivo y la asociación de este a una marca en concreto, la vinculación de ciertos alimentos con ciertos estilos de vida, la creación de comunidades alrededor de este tipo de alimentos o la naturalización de la publicidad como un contenido más de las redes sociales.

Una influencia de tal calibre en la compra es difícilmente equiparable a otros canales. A diferencia de la publicidad o *marketing* tradicionales, que son básicamente pasivos (el receptor recibe las interferencias publicitarias y ya está), aquí entramos en una especie de publicidad interactiva donde la persona receptora pasa a integrarse en una “experiencia publicitaria”, ya que puede interactuar con ella (lo que se conoce como *engagement*) y eso lo cambia todo.

88 Esta capacidad se analizó en el estudio a través del llamado Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ), un cuestionario sobre conducta alimentaria.

89 Carroll, Jennifer E., et al. (2024) Children's Perception of Food Marketing Across Digital Media Platforms. *AJPM Focus*, Vol. 3, n° 3. bit.ly/497YJ3H

4. CONSECUENCIAS DEL CUERPO ASEDIADO

El poder de las corporaciones alimentarias para determinar nuestros hábitos de compra o consumo alimentario por medio de las redes sociales resulta extremadamente potente porque opera a nivel más inconsciente y emocional. Lo que sabemos es que la publicidad de alimentos insanos transmitida por *influencers* empeora el perfil nutricional de las dietas de las poblaciones infantil y juvenil.

En definitiva, las redes sociales son altamente atractivas para la industria alimentaria, en parte porque son el mejor acceso a una población infantil y juvenil crecientemente conectada, para la que las redes se están convirtiendo en *El Medio* al que dedican numerosas horas cada día. Por otro lado, porque se han convertido en una importante fuente de consulta, en la que confían las personas usuarias a la hora de buscar información sobre un producto o una marca. También porque el tipo de relación que se establece es de interacción y de comunidad. Además, han conseguido que el contenido comercial se naturalice y pase totalmente desapercibido. Finalmente, porque, a través de esa interacción, se capturan datos muy valiosos para la propia industria.

En lo que respecta a la influencia de las redes sociales en la medicalización obsesiva de la alimentación, lo veremos en detalle en el apartado sobre la gordofobia, donde analizaremos la invención de las dietas. El mismo medio por el que circulan incitaciones a consumir yakisobas y bollycaos ricos en hierro, circulan incitaciones a consumir yogures enriquecidos con proteína o los cinco métodos infalibles para *desinflamar* el intestino. La obsesión por la dieta saludable es una de las claves para entender el nuevo marco generado de asedio corporal, con sus **resignificaciones de conceptos como salud y, especialmente, salud alimentaria.** De la misma manera que hemos asistido a una resignificación tan drástica del cuerpo que ha dinamitado las miradas anteriores y ha creado un nuevo objeto social, lo mismo ha ocurrido con la alimentación y las dietas. Todo ello se halla incorporado a la dinámica capitalista de **medicalización mercantil de la alimentación.** La obsesión generalizada por la supuesta *alimentación saludable*, la galaxia infinita de dietas y productos asociados a estas, y la falta casi total

de regulación pública, no tiene parangón en la historia reciente.

Tras repasar en esta primera parte el bombardeo de alimentación insana y, en paralelo, la medicalización obsesiva de la alimentación, veamos ahora la segunda parte de la ecuación: el culto al cuerpo.

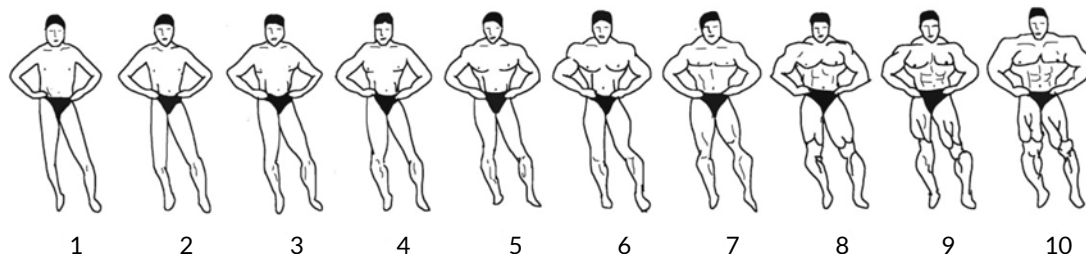
► Las redes sociales y el culto al cuerpo

Las redes sociales se comportan como el sol en nuestro planeta: siempre están ahí (incluso de noche) como causa determinante del asedio al cuerpo. Se ha escrito y dicho mucho sobre el tema y tampoco requiere mucho más análisis que el realizado hasta ahora: son una expresión de la mercantilización del cuerpo instalada por el capitalismo actual y un vehículo muy potente de difusión y presión sobre los cuerpos y la alimentación medicalizada, porque constituyen el nuevo hábitat social donde viven las nuevas generaciones.

Tomemos el estudio *Adolescentes y culto al cuerpo: influencia de la publicidad y de Internet en la búsqueda del cuerpo masculino idealizado*⁹⁰, especialmente interesante porque, entre otras cosas, analiza el cuerpo masculino. Estudiando la categoría social privilegiada, la masculinidad, a veces se ven cosas que el patriarcado difumina en la mirada convencional sobre los TCA y la feminidad.

El estudio consistió en formar dos grupos: el Bloque A visionó contenidos en redes sociales donde primaban anuncios con una fuerte presencia de modelos masculinos estereotipados (con cuerpos magros, definidos y musculados), el Bloque B visionó anuncios con modelos publicitarios con una constitución física no estereotipada. Luego, a ambos bloques (compuestos por jóvenes entre 15 y 17 años) se les presentó la siguiente secuencia:

90 Fanjul Peyró, Carlos, Lorena López Font y Cristina González Oñate (2019). *Adolescentes y culto al cuerpo: influencia de la publicidad y de Internet en la búsqueda del cuerpo masculino idealizado*. *Doxa Comunicación*, Vol. 29, pp. 61-74. bit.ly/4aRa7SP



Fuente: Baile, J. J. (2005). Vigorexia, como reconocerla y evitarla. Madrid: Síntesis, p 89

Cuando se les preguntó cuáles de estos modelos tenían el cuerpo más saludable, el 57,2 % del Bloque A respondió que el 5 y 6, mientras que un 69,7 % del Bloque B eligió también estos modelos. Los siguientes modelos más elegidos fueron el 7 y 8, por un 41,3 % del Bloque A y un 18 % del Bloque B. Ahora volvamos a mirar los modelos. Que más de un 40 % considere que personas como las figuras 7 y 8 constituyen modelos de cuerpo masculino saludable dice mucho. Y que absolutamente nadie considere saludables los modelos 1 y 2, y nadie del Bloque A considere saludables las figuras 3 y 4, también dice mucho.

Pero lo más llamativo vino a continuación: cuando se les preguntó dónde se situaban ellos mismos, el 32,3 % y el 13,2 % (Bloque A y B respectivamente) lo hicieron en las figuras 1 y 2, y el 51,1 % y el 80 % en las 3 y 4. Es decir, prácticamente nadie sentía que tenía un cuerpo saludable y en el grupo que había visualizado contenido de cuerpos masculinos estereotipados esta disonancia entre lo que eran y lo que creían que debían ser era mayor. De hecho, solo un 3 % consideró que les gustaría tener un cuerpo como los modelos del 1 al 4, mientras que un 40 % hubieran querido asemejarse a las figuras 7 y 8.

Cuando se preguntó lo mismo a chicas adolescentes, su respuesta fue que el biotipo corporal más saludable se encontraba entre los modelos 5 y 6, pero que los chicos que conocen se sitúan habitualmente entre el modelo 3 y 4 (cosa que no coincide con la autoevaluación de los chicos).

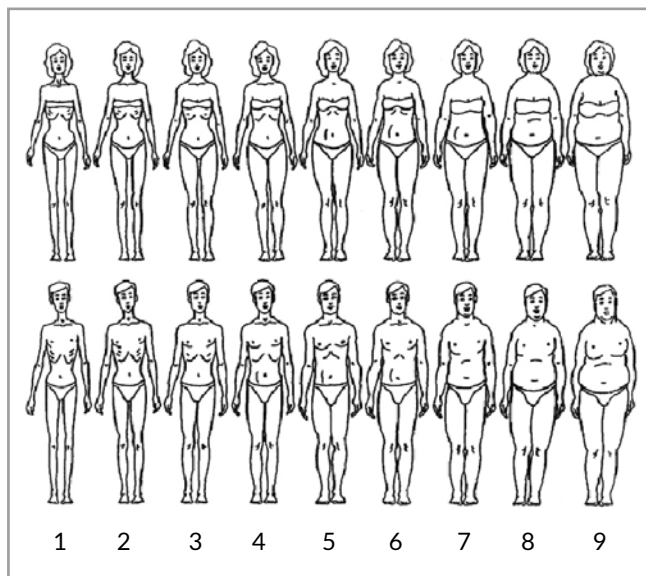
Finalmente, sobre la cantidad de esfuerzo físico y nutricional que consideraban que debían realizar para estar físicamente saludables y en forma, la mayor parte de los chicos respondieron que les quedaba “mucho/bastante” esfuerzo para lograrlo (el 70,4 % del Bloque A, y el 61,4 % del Bloque B).

En resumen: los muchachos consideran que sus cuerpos están muy lejos del modelo saludable y que, para conseguirlo, necesitan hacer un enorme esfuerzo físico y nutricional. De nuevo el tándem dieta-ejercicio en su máximo esplendor.



4. CONSECUENCIAS DEL CUERPO ASEDIADO

Un estudio parecido, *Digital fit: influencia de las redes sociales en la alimentación y en el aspecto físico de los menores*, también permite extraer conclusiones interesantes. En este caso, el patrón de biotipos corporales planteado era el que sigue:



De este estudio cabe destacar dos aspectos: el primero, que refuerza el anterior, es la clara disonancia entre la percepción del cuerpo propio y la percepción del ideal de cuerpo saludable. Si bien es cierto que las chicas tendieron a verse más delgadas que los chicos (estereotipos 2 y 3, y estereotipos 6, 7 y 8, respectivamente), la disonancia no experimentó enormes diferencias entre hombres y mujeres. Pero mientras que con respecto a la percepción del cuerpo propio se observó la típica campana de Gauss (o sea, hubo de todo un poco), el resultado fue muy diferente con respecto a la *percepción del ideal de un cuerpo saludable*.

El segundo aspecto a destacar es que las mujeres consideraron en su mayor parte que el cuerpo ideal saludable debía ser delgado o muy delgado, mientras que en el caso de los hombres la mayor parte de respuestas se concentraron en torno al 5, fuera del cual prácticamente todos los porcentajes cayeron considerablemente.

Gráfico 4. ¿Cuál crees que representa mejor tu figura actual? (%)

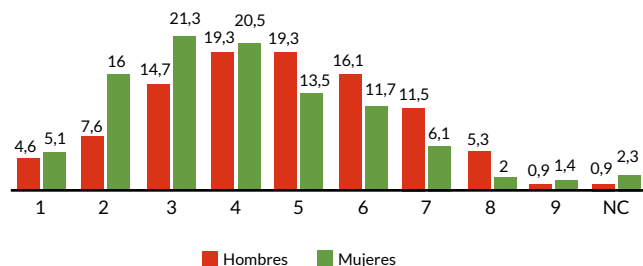
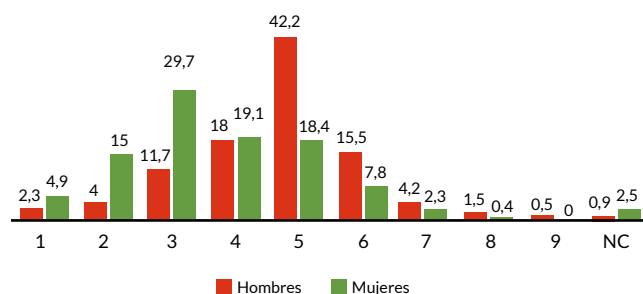


Gráfico 5. ¿Cuál consideras tu figura ideal? (%)



Estos datos son ratificados por muchos otros estudios. Así por ejemplo, según la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia: el 70 % de los adolescentes no se siente a gusto con su cuerpo, 6 de cada 10 chicas creen que serían más felices si estuvieran más delgadas, y alrededor del 30 % de ellas revela conductas patológicas⁹¹.

Por tanto, aquí tenemos un primer elemento que refuerza lo dicho hasta ahora y que a menudo se traduce en el pensamiento: “Tengo un cuerpo que no es el que debería tener para estar sano y ser bello.” La mayor parte de la literatura científica coincide en que algo ha cambiado en la sociedad en las últimas décadas que explica esta frase.

91 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia: Los síntomas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la punta del iceberg de problemas más complejos. lasaludhospital.es/bit.ly/4pITr4A

Como hemos venido insistiendo en este texto, en las diversas culturas y períodos históricos, la corporalidad ha estado siempre ligada a lo social y a lo cultural. Actualmente pareciera que algo nos impulsa a modelar nuestro cuerpo y a ajustarlo a unas determinadas exigencias y normativas, ya que ese cuerpo ha adquirido una función muy relevante como mediador cultural, de manera que las últimas décadas del siglo XX y las primeras del XXI se han caracterizado por un culto total al cuerpo.

Es en este marco donde han surgido algunas de las patologías más devastadoras que afectan a mujeres adolescentes y adultas jóvenes: los Trastornos de la Conducta Alimentaria, de los que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son las manifestaciones más comunes.

Si hacemos una recopilación bibliográfica veremos que, en general, coincide en exponer los siguientes elementos a la hora de explicar los llamados TCA:

Factores sociales

1. En el origen de todo tenemos la creación y promoción de un *arquetipo ideal de belleza corporal que debe ser alcanzado*.

Debido a la cultura patriarcal, la presión por ese cuerpo ideal es mucho más intensa en las mujeres en general, pero sobre todo en las adolescentes que, por las características propias de esta etapa de desarrollo, se convierten en especialmente vulnerables.

Las teorías socioculturales plantean que se ha generado una estrecha interrelación entre autoestima y atractivo físico, y este binomio se ha articulado alrededor de un ideal estético corporal generado desde determinadas instancias sociales y masificado por los medios de comunicación⁹². **Se ha conformado un entorno social que evalúa constantemente y de manera obsesiva el aspecto corporal** (en lugar de aspectos intelectuales o morales, por ejemplo) y de manera especialmente intensa en el caso de las mujeres. Estas

presiones sociales que fomentan un férreo autocontrol y modelaje corporal en ciertos grupos sociales, se retroalimentan en la amplia oferta de productos dietéticos, gimnasios e innumerables métodos para adelgazar o muscularse, persistentemente ofrecidos en el mercado. **La deriva de un cuidado corporal saludable a un trastorno del comportamiento** es planteada, en estas explicaciones, como un paso más dentro de un continuo.

2. *Asignación de una serie de atributos al ideal de cuerpos*.

Es lo que hemos venido a llamar el “cuerpo pasaporte”. Tu cuerpo es un documento que muestras en todo momento y que determina tu estatus social. Así, **ciertos cuerpos se valoran positivamente como sinónimo de éxito, poder, valía, atractivo o inteligencia, al mismo tiempo que otros son asociados con enfermedad, fealdad, debilidad, incapacidad o ineficiencia**.

3. *Existen una serie de mecanismos de creación y promoción de estos arquetipos corporales y de asignación de atributos a los mismos*.

Se trata de una especie de atmósfera que tiene a los medios de comunicación, publicidad y *marketing* (en todas sus modalidades) como principales propagadores.

Todo este clima visual y narrativo refuerza ciertos ideales al calificar dicotómicamente lo que es aceptable y lo que no: gordo/flaco, bello/feo, a la moda/obsoleto, adecuado/impropio, femenino/masculino, etc. Y esto va incidiendo en la autoestima.

4. *Disciplina corporal*.

También considerada parte del denominado “culto narcisista al cuerpo”. Nuestra sociedad ha sido empujada a una obsesión narcisista orientada al esteticismo y al consumo. **La disociación entre el arquetipo corporal deseado y el real se puede solventar, se nos dice, mediante el fomento del autocontrol y la disciplina**, cultivados particularmente en los ámbitos de la alimentación, el ejercicio físico y el cuidado estético y corporal. Las dietas, los cosméticos o la cirugía estética se encuentran cada vez más ampliamente

92 Raich Escursell, Rosa M. (2001). Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo. *Pirámide*. bit.ly/4q51NTN

4. CONSECUENCIAS DEL CUERPO ASEDIADO

difundidos. Y también el ejercicio físico, que ha dado nacimiento a una muy lucrativa industria de aparatos, técnicas diversas, vídeos, ropa y tratamientos adicionales.

5. Individualismo extremo.

Finalmente, la sociedad actual está potenciando de manera intensa un individualismo extremo, enmarcado en el pensamiento moral neoliberal del Yo: “**Tú eres capaz de todo, si te esfuerzas lo suficiente, puedes conseguir lo que quieras**”. Y a la inversa, si no lo consigues es porque no lo has intentado suficientemente o no lo has hecho bien. El éxito y el fracaso son cosa tuya, de nadie más.

A estos factores sociales se suman los llamados individuales y familiares (que recogemos a continuación), que pueden influir en la apreciación de la imagen corporal y suelen separarse de los sociales (como si realmente pudieran existir los unos sin los otros). A menudo son considerados riesgos, es decir, elementos cuya presencia favorece, en mayor o menor medida, la aparición de los TCA. La combinación de estos diferentes factores de riesgo, se dice, puede provocar el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad⁹³.

Factores individuales

1. Predisposición genética.

El riesgo de padecer un TCA se incrementa por encima de los valores de la población general si existe el antecedente de un familiar con un TCA.

2. Rasgos psicológicos.

Ciertos rasgos de personalidad como una autoexigencia muy elevada, un perfeccionismo obsesivo o una necesidad de control y rigidez cognitiva, están muy relacionados con la aparición de la anorexia. La bulimia está más relacionada con la ansiedad y la impulsividad.

3. Baja autoestima.

Tener una baja autoestima, es decir, hacer una valoración propia negativa e insatisfactoria, incrementa la probabilidad de padecer un TCA.

4. Imagen corporal negativa.

Las personas que no tienen una imagen real de su propio cuerpo y se sienten mal, son más vulnerables a los TCA.

5. Adolescencia.

La adolescencia es la etapa vital en la que existe un mayor riesgo de desarrollar un TCA. Estos trastornos se diagnostican en personas de todas las edades, pero en la mayoría de los casos se desarrollan durante la adolescencia, etapa en la que la personalidad, la autoestima y el rol social de la persona están en pleno desarrollo y, por tanto, es más vulnerable ante un entorno social en el que la presión por la imagen sea excesivamente elevada.

6. Sexo femenino.

Como hemos visto, nueve de cada 10 casos de TCA son sufridos por mujeres, por lo que ser mujer implica mayor riesgo de padecerlos.

7. Determinados deportes y profesiones.

Ciertas actividades con un fuerte componente físico, como la danza, por ejemplo, pueden favorecer la aparición de un TCA debido a su elevada exigencia en lo relativo a la imagen; al igual que ocurre con algunos deportes o con aquellos en los que se compite por categorías de peso. También son grupo de riesgo personas que ejercen profesiones relacionadas con el mundo de la moda, el espectáculo, la televisión o el cine, espacios en los que suelen imperar fuertes presiones en torno a la imagen.

8. Críticas y burlas relacionadas con el físico.

Personas, sobre todo niños, niñas y adolescentes, que han recibido críticas y burlas relacionadas con su apariencia física, y que debido a ello se han sentido inseguras con su imagen, pueden presentar mayor tendencia a desarrollar un TCA.

93 Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia. Factores de riesgo para padecer un TCA. Acab.org. bit.ly/4iXOHHI

Factores familiares

1. Ambiente familiar desestructurado.

En las familias en las que no existe una estructura estable y segura hay una mayor propensión a que alguno de sus miembros desarrolle un TCA, sobre todo entre aquellos que por factores individuales tienen mayor riesgo, como las chicas adolescentes.

2. Ambiente familiar autoritario.

Familias en las que la comunicación y la dinámica familiar es excesivamente rígida, controladora y exigente pueden influir en el desarrollo de un TCA, sobre todo, de nuevo, en aquellos miembros con mayor vulnerabilidad individual, como las chicas adolescentes.

3. Experiencias vitales estresantes.

Cambios traumáticos en la estructura familiar como, por ejemplo, la muerte de uno de los miembros, pueden aumentar la probabilidad de desarrollar un TCA.

Este listado u otros parecidos se pueden encontrar habitualmente en literatura científica, en prensa, en instituciones médicas que tratan la problemática o en las diferentes áreas de las administraciones públicas que se ocupan de los TCA.

Entender bien los porqués es importante, tanto para actuar adecuadamente sobre las personas que padecen estas dolencias como para hacerlo sobre las causas y desactivarlas. **Desde hace un tiempo, especialmente desde disciplinas como la sociología o la antropología y los movimientos feministas, se ha empezado a cuestionar la explicación hegemónica sobre los TCA con análisis a los que es interesante conceder un espacio:**

- Desde la sociología y la antropología se constata que, si bien a la hora de abordar los TCA a nivel teórico siempre se dice que se trata de un fenómeno multifactorial con importantes raíces sociales y estructurales, éstas desaparecen casi del todo cuando se concretan las causas y, todavía más, cuando se analizan las medidas puestas en marcha tanto para tratar como para revertir la situación. Así, **se pasa de golpe de las causas estructurales sociales y políti-**

cas a una mirada exclusivamente médica y psicológica. Ya hemos visto que en todas las definiciones de TCA se parte de la idea de que es un *trastorno mental*. Si se analiza la documentación existente más importante, se observa la casi total unanimidad mostrada por las personas expertas y autoridades sanitarias a la hora de considerarlas enfermedades provocadas casi exclusivamente por el miedo a engordar.

- Desde la mirada de algunos feminismos se constata que normalmente se presenta a la mujer (diana absoluta de esta problemática) como una suerte de recipiente vacío, un objeto totalmente pasivo que se deja engañar por las redes sociales y demás *marketing*, y que poco o nada tiene que decir o hacer frente a esa avalancha.

En el primer caso, se reclama ampliar la mirada y buscar si hay algo más en los TCA que el discurso médico es incapaz de ver; y en el segundo, se reivindica la capacidad de agencia de las mujeres, cuestionando su supuesta pasividad y convirtiéndolas en sujetos activos.

■ Más allá de la mirada médica

Empecemos por los riesgos que hemos enumerado anteriormente: autoexigencia elevada, perfeccionismo obsesivo, rigidez cognitiva, ansiedad, impulsividad, baja autoestima, imagen corporal negativa, ambiente familiar desestructurado, dinámica familiar excesivamente rígida y controladora, experiencias vitales estresantes, etc. Y ahora volvamos a leerlos pero mirándolos no como riesgos que pueden desencadenar un TCA sino como síntomas de alguna cosa más profunda y oculta. No como causas sino como consecuencias, y no de los TCA sino de otra cosa.

Porque ¿y si en realidad los TCA no son más que una expresión (dramática) de un malestar social? ¿Y si estos riesgos que la mirada médica psiquiátrica detalla en realidad son más bien síntomas de dicho malestar social, el cual a su vez es también un síntoma del modelo actual de capitalismo y del patriarcado? ¿Y si a las mujeres no se les ha dejado más que el cuerpo para expresar ese ma-

4. CONSECUENCIAS DEL CUERPO ASEDIADO

lestar? Si esto fuera así, si los TCA no fueran más que una de las puntas del iceberg (el malestar social) pero el iceberg no se estuviera tratando, entonces no estaríamos abordando adecuadamente este tipo de trastornos.

Se habla mucho últimamente de la salud mental (de su ausencia, más concretamente). En realidad, acostumbramos a entender salud mental como ausencia de enfermedad mental, pero eso no es así, tener una buena salud mental implica también la presencia de bienestar mental. **La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a las tensiones de la vida**⁹⁴ y este punto nos parece clave. ¿Y si la sociedad capitalista patriarcal actual ha dinamitado la capacidad personal y social colectiva de hacer frente a las inevitables tensiones que se generan en la vida?

Según Unicef, en 2022 el Estado español era el país europeo con mayor prevalencia de problemas de salud mental entre la infancia y adolescencia⁹⁵. Esto no se puede obviar de ninguna manera.

Vamos a intentar desarrollar algo más la idea de que los TCA son, básicamente, una manifestación más o menos consciente por parte de amplias capas de la población de un malestar social que se ceba en ellas y que, desposeídas de todo, lo único que pueden usar para expresar ese dolor es su cuerpo.

Si repasamos la literatura sobre los TCA vemos cómo los trastornos alimentarios, aun reconociéndose su carácter histórico contextual, se plantean como patologías relativamente “nuevas” en las que la cultura adquiere un papel explicativo relevante. Se considera que el origen de la anorexia o de la bulimia nerviosas, o mejor dicho su drástico incremento, está vinculado a determinados cambios sociales, económicos y políticos acaecidos en las sociedades occidentales contemporáneas. Como de-

ciamos, sorprende la incongruencia entre las principales causas apuntadas (cambios culturales) y las medidas adoptadas (modificación de conductas individuales).

Si no se trata de dolencias puramente médicas sino básicamente sociales y culturales, ¿cómo se abordan desde estas disciplinas?

En primer lugar, consistiría en aportar a la biomedicina (que se mantiene como perspectiva central de análisis) técnicas utilizadas por las ciencias sociales y, especialmente, por la epidemiología, con el fin de profundizar en lo que, desde este ámbito, se consideran factores sociales determinantes. En realidad, no nos salimos del discurso médico, pero se intenta entender por qué una enfermedad afecta más a unos grupos que a otros.

En segundo lugar, contamos con los trabajos que se han interesado en analizar, por una parte, la distribución desigual de la delgadez o de la gordura en función de variables como el género, la clase social o el origen étnico; y por otra, en relacionarla con los factores estructurales que afectan a los sistemas alimentarios, las relaciones de poder que determinan el acceso a la comida y las condiciones de vida de los grupos sociales. Así se vinculan dos cosas: el discurso médico con el discurso nutricional. Se amplía el campo, seguramente, pero no de manera suficiente.

Y, finalmente, se constata también una rápida medicalización de la temática: en los últimos 30 años se han multiplicado exponencialmente las actividades científicas (congresos, foros, revistas especializadas, organizaciones, investigaciones), los tratamientos clínicos y farmacológicos, y los servicios sanitarios especializados⁹⁶.

La disciplina médica es perfectamente consciente de sus limitaciones y, en un intento por sortear los modelos reduccionistas, los trastornos alimentarios son concebidos como enfermedades psicosociales pero cuya etiología

94 Organización Mundial de la Salud (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. WHO, Ginebra.

95 Unicef (2020). Salud Mental en la infancia en el Escenario de la COVID-19. Propuestas de Unicef España.

96 Gracia-Arnaiz, Mabel (2014). Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: Una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios. *Política y sociedad*, Vol. 51, nº 1, pp. 73-94. bit.ly/3YsuvCl



© Drazen Zigic / Freepik.com

no es fácil de establecer ni abordar. Como señalábamos al principio, buena parte de los profesionales sanitarios reconocen unánimemente el papel de la cultura en la causalidad de los TCA⁹⁷, pero de un modo que no puede emplearse como concepto analítico ni recogerse su complejidad.

Ya hemos visto que, básicamente, unas veces se buscan explicaciones en la predisposición genética; otras, en la falta de autonomía personal; o bien en la conflictividad familiar y, con mayor frecuencia, en el seguimiento de regímenes de adelgazamiento de forma incontrolada o irracional. Todo ello, naturalmente, dentro del contexto del culto al cuerpo, la preponderancia de la imagen y el poder de las redes sociales.

Quizá una parte de las dificultades para aclarar cómo interactúan los diversos factores señalados provenga de la misma construcción del concepto de TCA, traducción del inglés *eating disorders*. Esta expresión reduce clínicamente lo social y psicológico a conductas que, al alejarse más o menos de los patrones alimentarios aceptables, son etiquetadas como “desordenadas, extremas o irrefrenables”. Esta formulación no sólo deja al margen los motivos estructurales relativos al género y la cultura que están detrás de estas prácticas, sino que marca los modelos de intervención de la red asistencial. Esta cuestión es relevante porque, con demasiada frecuencia, los tratamientos se centran en la recuperación del peso, la rehabilitación nutricional y la reestructuración cognitiva, con un éxito más que discreto. Este enfoque hegemónico, al centrarse en el sujeto y en los aspectos físicos y psicológicos del fenómeno, orienta los recursos terapéuticos hacia una combinación de rehabilitación nutricional, recuperación de peso y psicoterapia a largo pla-

97 Garner, D. y P. Garfinkel (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, Vol. 10, nº 4, pp. 647-656. Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Editorial Ariel, Barcelona.

4. CONSECUENCIAS DEL CUERPO ASEDIADO

zo⁹⁸. En algunos casos la eficacia es valorada en función del peso que logren ganar las pacientes, considerando que “superar la enfermedad” consiste en aumentar el peso hasta los límites de normalidad y en demostrar que la distorsión de la imagen es menor que cuando se empezó el tratamiento, aunque como es sabido, esto no es ni mucho menos suficiente; y no lo es porque *el entorno* al que se devuelve a las pacientes tras el tratamiento sigue siendo el mismo.

Aunque no es fácil valorar la efectividad de las intervenciones terapéuticas, en la psicología clínica de corte cognitivo-conductual se estima que entre el 65 % y el 80 % de las personas que inician el tratamiento, acaban rechazándolo o abandonándolo⁹⁹. En el caso de la anorexia nerviosa, el fracaso del tratamiento psicológico se ha cifrado entre el 25 % y 40 %¹⁰⁰, lo que explicaría, en parte, por qué muchas personas diagnosticadas buscan soluciones fuera del itinerario asistencial convencional.

No quiere esto decir, por supuesto, que no deban tratarse médicamente estas situaciones, sino que las causas seguramente van más allá de lo médico. Porque al margen de la clínica, los trastornos alimentarios ponen en evidencia las paradojas asociadas al comer mucho, poco o nada, y proyectan los profundos factores culturales y socioeconómicos que subyacen en ciertos comportamientos alimentarios y corporales. Por ello es importante tener en cuenta no sólo lo que dice la literatura biomédica o psicológica acerca de la falta de apetito, el hartazgo, el vómito, la purga o la pérdida de peso como síntomas de enfermedad, sino también lo que dicen las ciencias sociales al respecto, que en los últimos 20 años

han analizado el cuerpo y la comida, como *encarnación* de las experiencias culturales. Si se hace también esa lectura, se facilita una aproximación social y política que relativiza el carácter enfermizo de ciertas prácticas, vislumbra el reduccionismo del discurso biomédico y descubre el papel de las lógicas culturales.

En la actualidad, la tendencia a convertir en patología cualquier malestar, incluso banal, se explica en parte por el desmantelamiento de los sistemas de cobertura social, incompatibles con el individualismo imperante en el que vivimos, y por la delegación sobre los profesionales (o personas expertas del campo que sea) de las responsabilidades de su gestión. Considerar patología cualquier forma de desviación o transgresión social exculpa de su causalidad a los agentes socioeconómicos o políticos, permite abordarla individualmente y culpabilizar a la víctima de su propio mal, unas veces por su constitucional vulnerabilidad, otras porque “se lo ha buscado”. En las narrativas del personal clínico es muy común que se responsabilice al paciente o a su entorno más inmediato de sus males¹⁰¹. Comer mucho o poco es una elección personal, hacerlo ordenada o desordenadamente también.

Todo ello tiene un efecto perverso en las personas que padecen estas dolencias porque, aunque se trate de una “elección personal” fruto de su debilidad ante *el sistema*, es fácil que se instale una conciencia de anormalidad vital muy bien delimitada y el discurso de la enfermedad empieza a cobrar forma en sus mentes y en sus cuerpos, hasta tal extremo que el individuo acaba buscando y recreándose en ella.

Esa actitud impide un análisis profundo de los efectos del sistema sobre los individuos. Cuando en las primeras décadas del siglo XIX los efectos colaterales del capitalismo eran la insalubridad, las enfermedades infecto-contagiosas, las enfermedades laborales o los accidentes de trabajo, la respuesta médica social fue asumir su

98 Gracia-Arnaiz, Mabel (2014). Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: Una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios. *Política y sociedad*, Vol. 51, nº 1, pp. 73-94. bit.ly/3YsuvCl

99 Bados López, A. et al. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, Vol. 2, nº 3, pp. 477-502.

100 Bulik, C. et al. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 40, nº 4, pp. 310-320. bit.ly/44rjmVT

101 Gracia-Arnaiz, M. (2013). Thou shalt not get fat: Medical representations and self-images of obesity in a Mediterranean society. *Health*, Vol. 5, nº 7, pp. 1180-1189.

responsabilidad para cambiar las condiciones de trabajo o de vivienda. Pero en los siglos XX y XXI, estos profesionales tienen ya dificultades para reubicarse ante la proliferación de enfermedades crónicas degenerativas o de malestares que responden más a una causalidad basada en la interacción entre los seres humanos y el entorno cultural que a la biología.

De la misma manera que todo el mundo entiende que la desnutrición y el hambre no pueden abordarse únicamente desde lo médico, ni tan siquiera desde lo meramente asistencial, pareciera que los TCA pertenecieran a una esfera totalmente distinta, cuando en realidad todo indica que forman parte del mismo tipo de problemática social. No en sus causas particulares, por supuesto, nos referimos a su naturaleza social. En la desnutrición se entiende que las causas son políticas y se actúa sobre ellas, en los TCA no. Lo mismo ocurre con el tabaquismo: se entiende que no es puramente una elección individual y que para abordarlo es necesario actuar cultural y políticamente. Lo que en el caso de la adicción al tabaco se entiende, en los problemas de salud mental parece que no.

Insistimos, no se trata de culpabilizar a la institución médica o a la red asistencial hegemónica (la poca que queda). Aunar la experiencia clínica con procesos estructurales y dinámicos vinculados a las desigualdades sociales y de género, la medicalización o la mercantilización del cuerpo y la salud en tanto que estrategias a largo plazo del capitalismo, es demasiado abstracto para un diagnóstico clínico y una orientación terapéutica sobre un paciente particular. Esta es una tarea difícil para la persona experta clínica (psiquiatra, psicóloga, nutricionista). No se comprende, por ejemplo, que tanto comer hasta hartarse como comer poco o nada revisten significados que van más allá de nutrirse. Para hacerlo, deberían tener en cuenta la polifuncionalidad de las prácticas alimentarias y ubicarlas en los contextos experienciales y emocionales en los que adquieren sentido: aspectos como la *encarnación capitalista* (los problemas del capitalismo hechos, literalmente, cuerpo) o la del *cuerpo-escapada*, es decir, usar el cuerpo como válvula de escape consciente o inconsciente de un malestar emocional y

vital. Y quizás esos aspectos sean más importantes para intentar revertir la problemática que los discursos puramente médicos. Por eso hay un profundo contraste entre la actitud de la biomedicina hacia las enfermedades de raigambre biológica, con las que se siente segura, y su desconcierto ante las que solo parcialmente tienen que ver con ello¹⁰².

Porque si las raíces de los TCA están en el contexto social y cultural que genera el capitalismo actual, entonces transformar las relaciones de poder y desigualdad que en estas sociedades se producen debería ser central porque, en buena parte, podrían explicar la incorporación (encarnación) de ciertas prácticas corporales (*dieting*) y ciertos consumos alimentarios restrictivos, en determinadas edades y géneros. Como comenta Gracia-Arnaiz (2010)¹⁰³, referirse al *ambiente, atmósfera, clima o entorno* significa, nada más y nada menos, referirse a la organización misma de una sociedad, es decir, a los condicionantes económicos, culturales y políticos, en este caso, de un capitalismo de consumo que todo lo impregna: las relaciones de género, los valores imperantes del individualismo y el consumo, las estructuras familiares, las formas de entender la salud y la enfermedad, o la cosificación del cuerpo. Estas características son, en su totalidad, de un orden cultural muy específico: el que se está desarrollando en los países industrializados desde principios del siglo pasado y cuyo modelo se ha ido extendiendo por todo el mundo de la mano de la globalización económica y cultural. ¿Y dónde se ceban más estos fenómenos?, ¿dónde podríamos situar el epicentro o “zona cero” de este haz de presiones culturales capitalistas? Seguramente en ciertas edades (infantil y juvenil) y en ciertas categorías sociales (mujeres).

102 Gracia-Arnaiz, Mabel (2014). Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: Una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios. *Política y sociedad*, Vol. 51, nº 1, pp. 73-94. bit.ly/3YsuvCl

103 Gracia-Arnaiz, Mabel (2010) Fat Bodies and Thin Bodies: Cultural, Biomedical and Market Discourses on Obesity. *Appetite*, Vol. 55, nº 2, pp. 219-225.

■ ¿La mujer objeto?

Señalar los límites interpretativos del modelo biomédico es relevante en cuanto que, tras las prácticas de ayuno, atracón, vómito o purga, puede que no siempre haya un deseo de ser o permanecer delgada. Dado que la casuística nos dice que estas dolencias afectan principalmente a mujeres jóvenes de las sociedades posmodernas, los TCA se suelen atribuir a cuestiones como su elevada dependencia personal y emocional, su falta de autoestima, su incapacidad de comunicarse, su falta de seguridad en sí mismas, o su inclinación a seguir más estrictamente los dictámenes del *marketing* y la moda. En todos los casos se suaviza la mirada culpable o condescendiente sobre las mujeres aduciendo que la presión sobre ellas es mucho mayor que sobre los hombres. Sin entrar en el fondo de esa afirmación (que parece fuera de toda duda), lo cierto es que **se tiende a olvidar que las mujeres —también las afectadas por TCA— son sujetos sociales activos, no pasivos**. Nunca se define a esas pacientes por sus maneras de ser y entender la vida o por su capacidad de “usar” algo tan significativo y con tanto valor económico y simbólico en nuestra sociedad como el cuerpo y la comida para huir del malestar social o bien como forma radical de contestación e insumisión ante la profusión de normas familiares, culturales y/o sanitarias que las oprimen.

Estas afirmaciones surgen en la literatura académica de la mano de las ciencias sociales y de algunas miradas feministas, fruto de escuchar atentamente miles de testimonios de personas afectadas y analizar sus discursos. Se ha visto así que las experiencias de las pacientes, sus narrativas sobre “dejar de comer” o “comer en exceso”, son mucho más ricas, profundas y conscientes de lo que plantea el discurso biomédico dominante. Porque este análisis más social, efectivamente, hace emerger que muchas veces quienes padecen trastornos alimentarios usan su cuerpo como vehículo para manifestar aflicción y malestares de diferente índole.

Esto no invalida el discurso médico, lo amplía. A la gran mayoría de las mujeres les preocupa el peso o su cuerpo, sin embargo no todas padecen trastornos del com-

portamiento alimentario. No todas las mujeres se hallan presas de su cuerpo ni están obsesionadas por esculpir su figura según los dictados sociales. La hegemonía del ideal de delgadez corporal puede explicar, en parte, el incremento de estos trastornos, pero no solo por sí misma o no siempre. El problema de un análisis reduccionista centrado en los aspectos médicos dietéticos es que se limita a considerar la comida desde una perspectiva sanitaria, sin tener en cuenta otros muchos factores que inciden en los excesos o privaciones alimentarias, en por qué comemos unas cosas y no otras, o de una manera y no de otra. Se olvida que la comida tiene mucho que ver con la sociabilidad o el placer, y que **el rechazo a los alimentos, el ayuno voluntario o los atracones pueden tener significados distintos**. Además, como hemos comentado anteriormente, en el tratamiento de los trastornos alimentarios se limitan a proponer a las pacientes una rutina dietética nutricional, difícil de cumplir en un contexto donde la pluralidad de actividades y de horarios complica el seguimiento de rutinas alimentarias¹⁰⁴.

Es evidente que uno de los determinantes más claros de los TCA es el género, pero las mujeres que los padecen son, muchas veces, perfectamente conscientes de ello. De nuevo, no son objetos pasivos al albur del patriarcado, sino sujetos activos que luchan contra él y tal vez terminen doblegándose, pero a menudo siendo conscientes de ello. Las causas principales de los TCA tienen que ver con los sistemas de género que se han ido construyendo en la sociedad capitalista a partir de transformaciones de modelos de género ya existentes anteriormente, especialmente en lo referente a la posición diferencial de las mujeres con respecto a los hombres en relación con la construcción de la identidad social y sexual, con las imágenes corporales y, lo que es muy importante, con las responsabilidades y valores asumidos con respecto a la alimentación y las formas de ayuno.

104 Gracia-Arnaiz, Mabel (2014). Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: Una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios. *Política y sociedad*, Vol. 51, nº 1, pp. 73-94. bit.ly/3YsuvCl



© Freepik.com

La mayor parte de las miradas feministas sobre los TCA han abandonado la concepción de la mujer como *simple reproductora de imágenes del cuerpo socialmente construidas*. Son en realidad agentes activos dentro del entramado social que desemboca en los TCA. Ello quiere decir que tienen capacidad de agencia, esto es, que tienen *la capacidad* para entender el contexto, tomar una decisión y actuar. Dicho de forma más académica, tienen la capacidad para crear una distancia reflexiva con respecto a las imágenes socioculturales y, si así lo consideran, reinterpretarlas, recrearlas o transformarlas en prácticas¹⁰⁵.

Desde este enfoque, se puede ampliar y complementar la mirada dominante y concebir que en muchos casos las mujeres que intentan limitar cotidianamente su ingesta alimentaria no tienen por qué ser vistas (o no únicamente) como víctimas pasivas forzadas por una sociedad

patriarcal al ayuno, sino que deben ser observadas también como personas que usan el control sobre la comida como un medio para construir su subjetividad y controlar sus cuerpos, pudiendo obtener a través de ello placer y seguridad en sí mismas, aunque también a la par privación o ansiedad¹⁰⁶. Junto con las teorías sobre el cuerpo, los significados creados en torno a la comida serían pues fundamentales para comprender la anorexia nerviosa.

Así, tenemos una doble normativización femenina y de agencia por parte de las mujeres, tanto de los discursos del cuerpo como de los discursos alimentarios, y ambos se combinan. El discurso puramente dietético de la comida debería pues ampliarse si se quiere abordar adecuadamente la problemática. Así, por poner un ejemplo,

105 *Ibid.*

106 Lupton, D. (1994). *Medicine as Culture*, Londres: Sage Publications.

4. CONSECUENCIAS DEL CUERPO ASEDIAO

Hepworth¹⁰⁷, en su trabajo sobre la anorexia nerviosa, analiza el proceso de construcción de significados sobre la comida, especialmente los constructos de dieta y alimentación y cómo afectan a los discursos sobre la anorexia nerviosa. Para esta autora, los discursos dominantes analizan una y otra vez lo que está presente: los aspectos nutricionales y dietéticos de las dietas, pero nunca cuestionan la naturaleza de lo que está ausente en las prácticas alimentarias contemporáneas: los sabores de los alimentos y los placeres de comer.

En cualquier caso, debería tenerse en cuenta esta mirada feminista sobre las prácticas alimentarias relacionadas con los TCA, los elementos relacionados con el empoderamiento femenino, que concibe el cuerpo como un lugar de resistencia y de contestación.

Pensemos en el tabaco: no cabe duda que la población española fuma mucho menos que hace 35 años, la población fumadora se ha reducido un 40 % en tres décadas y las personas que siguen fumando lo hacen en menor cantidad. Sin embargo, esta reducción se ha producido de manera desigual, **las políticas antitabaco han sido mucho menos efectivas para las mujeres, la población con bajo nivel de estudios y las clases económicamente desfavorecidas:**

- La proporción de fumadores en el 20 % más rico de la población ha caído a menos de la mitad, del 42 % en 1987 al 17 % en 2020. Pero el porcentaje de fumadores en el 20 % más pobre de la población apenas ha variado: en 30 años, ha pasado del 30 % al 26 %.
- Entre la población con estudios superiores el desplome también ha sido mucho más acusado: del 40 % al 16 % en los últimos 35 años, frente a una reducción del 15 % al 12 % entre las personas sin formación.
- En cuanto al género, si en 1987 hasta el 55 % de los hombres se declaraban fumadores pero solo el 22 % de las mujeres fumaban, en 2022 las cifras práctica-

mente se habían igualado: 25 % de los hombres fumaban, frente a un 18,5 % de las mujeres; y es que entre las mujeres apenas ha habido reducción del tabaquismo en 35 años¹⁰⁸.

Hay una relación directa entre desigualdad y consumo de tabaco, tanto en términos económicos como de género, y está claro que ello no puede deberse ya a una falta de información o educación sobre los riesgos del tabaco para la salud. Podemos asegurar sin temor a equivocarnos que hoy en día no existe nadie que no sepa que fumar es malo para su salud, y aun así, se fuma. La adicción ya no basta para explicar la persistencia del tabaquismo, porque eso no explica unas diferencias de clase y género tan marcadas. Si nos fijamos en la clase social, las condiciones de vida de las clases populares son hoy en día mucho más estresantes y frustrantes, la pobreza genera ansiedad y es posible que el tabaco actúe como ansiolítico o, simplemente, que cuando te han ido quitando tu capacidad de actuar en cada vez más ámbitos, actuar sobre el propio cuerpo (aunque sea en este caso dañándolo) puede ser una de las pocas cosas que te queden.

Las condiciones de salud mental (estrés, angustia, malestar emocional, etc.) y el consumo de tabaco están estrechamente relacionados, con un impacto desproporcionado en las poblaciones vulnerables, como plantea el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)¹⁰⁹. Las personas con problemas de salud mental tienen más probabilidades de fumar y menos probabilidades de abandonar el hábito, pese a lo cual, los vínculos y las interacciones entre estos problemas y el consumo de tabaco suelen pasarse por alto y subestimarse. De la misma manera que ambos factores, la salud mental y el consumo de tabaco, están relacionados con mayores riesgos de pobreza, lo que subrayaría la necesidad de

107 Hepworth, J. (1999). *The social construction of anorexia nervosa*, Londres: Sage Publications.

108 Las políticas antitabaco no pueden con la desigualdad: funcionan peor entre mujeres y rentas bajas. *ElDiario.es*. bit.ly/4p0N1N3

109 PNUD (octubre 2023). Mental health conditions and tobacco use: Addressing the interconnected health and development burdens. *Infocop.es*. bit.ly/3XQY54I

llevar a cabo un enfoque integrado, si se quiere seguir reduciendo los índices de tabaquismo.

Según el informe mencionado, los problemas de salud mental son más comunes entre las personas con bajos ingresos, inseguridad alimentaria, deudas, vivienda precaria, desempleo, etc. Es más, **los datos indican que los problemas de salud mental y el consumo de tabaco prevalecen desproporcionadamente en determinados colectivos en situación de vulnerabilidad y marginación social**. El estrés persistente e intenso, comúnmente conocido como “estrés de las minorías”, puede surgir de diversas fuentes, como la estigmatización, la discriminación, la exclusión social, la pobreza, la violencia y la falta de acceso a la atención médica y otros servicios esenciales. Estos factores pueden surgir de desigualdades, injusticias y violaciones de derechos humanos, y pueden aumentar el riesgo simultáneo de problemas de salud mental y consumo de tabaco en estas poblaciones.

Quizás algo parecido esté pasando con los TCA.

Además, este enfoque, que complementa y supera la mirada biomédica, facilita trabajar con una conceptualización de la identidad de género que, en tanto que identidad corporal, permite romper con la dicotomía que muchas veces se establece entre masculino y femenino como categorías estables y fijas, y que explica que muchos estudios hayan incidido básicamente en la especificidad femenina de los “trastornos alimentarios” y no hayan contemplado estos comportamientos desde el análisis también de la masculinidad. Dicho de otro modo, la mayoría de los estudios han incidido en las diferencias que subyacen bajo los comportamientos alimentarios, pero pocos han analizado las similitudes¹¹⁰ y estas también aportan información valiosa.

Mostrar las similitudes y las diferencias de género en relación con los comportamientos alimentarios y ver que las relaciones entre alimentación, género y cuerpo for-

man parte de un ámbito complejo y, a menudo, contradictorio, probablemente nos pueda ayudar a saber “dónde estamos” y “hacia dónde vamos”, tanto en lo que se refiere al sistema alimentario como al sistema de género y al culto al cuerpo del capitalismo posmoderno actual.

En resumen, claro que hay razones sociales para que los TCA sean una dolencia feminizada, pero puede que entre estas no se encuentre que las mujeres pasen muchas horas viendo cuerpos esculturales en Tik Tok. Tal vez dedicar muchas horas a Tik Tok sea más un síntoma que una causa, tal vez la visión de dichos cuerpos no despierte tanto el deseo de parecerse a ellos como otro tipo de deseos, o sea, que no sea más que un disparador de una ausencia de bienestar emocional. Y puede que ello también englobe, en cantidad y formas distintas, a la masculinidad y a otras formas de identidad sexual.

■ ¿Trastorno mental o desesperación generacional?

En el Estado español aproximadamente el 18 % de los jóvenes entre 16 y 35 años experimenta trastornos de ansiedad, y el 12 % presenta síntomas de depresión. Estos datos provienen de estudios recopilados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y del informe del Ministerio de Sanidad de 2023¹¹¹, que reflejan el creciente impacto de los trastornos mentales en la población joven.

En Europa, se estima que un 13 % de la población infantil y adolescente menor de 19 años sufre algún problema de salud mental. En la franja hasta los 14 años la incidencia es más elevada entre los chicos, y en la franja de 14-19 años hay más afectación entre chicas.

110 Zafra Aparici, Eva (septiembre 2007). Aprender a comer: Procesos de socialización y “Trastornos del Comportamiento Alimentario”. Universitat de Barcelona. bit.ly/3KLmzJk

111 Subdirección General de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad (España) (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. bit.ly/49ac5fH

4. CONSECUENCIAS DEL CUERPO ASEDIADO

En el ámbito nacional, la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) refleja que un 13,2 % de la población entre 4 y 14 años presenta un riesgo de mala salud mental¹¹², siendo mayor en niños (15,6 %) que en niñas (10,5 %). La franja de edad más afectada es la de 4-9 años (14,2 %) comparada con el grupo de 10-14 años. **La clase social también influye: los problemas de salud mental aumentan a medida que desciende el nivel socioeconómico, con mayor prevalencia en las clases populares** (21,6 % en niñas, 20,38 % en niños).

Otra fuente de datos es el *Barómetro de Juventud, Salud y Bienestar de 2023*¹¹³, que estudia la salud de la población de entre 15 y 29 años. Nos dice que un 15,6 % de la de la franja de 15-19 años ha experimentado con frecuencia problemas de salud mental, más común en mujeres (20,7 %) que en hombres (13,3 %). De nuevo, las clases empobrecidas presentan más problemas de salud mental (24,3 %). La misma fuente encuentra que casi la mitad (48,9 %) de los y las jóvenes españolas de entre 15 y 29 años, casi 7 millones, ha tenido algún problema de salud mental¹¹⁴.

En la infancia y juventud (menores de 25 años), los problemas de salud mental más frecuentemente registrados son los trastornos de ansiedad (32,8 casos por 1 000 habitantes), seguidos de los trastornos específicos del aprendizaje (29,0) y los problemas hipercinéticos (24,9); y con tendencia a aumentar: entre 2019 y 2022, un 29,5 %, un 26,6 % y un 5,2 %, respectivamente¹¹⁵.

Que la primera causa de muerte no accidental en la etapa infanto-juvenil sea el suicidio, lo dice todo. Señalemos además que la tasa de suicidio para el grupo de 15-29 años es, ni más ni menos, un 4,47 %, superior en hombres (7,64 %) que en mujeres (3,85 %)¹¹⁶.

Las estadísticas de suicidio entre los jóvenes varones nos muestran un panorama desolador. Ya en el año 2017 la tasa de suicidio en los menores de 25 años se había triplicado con respecto a los inicios de 1990.

Mucho nos dice sobre el patriarcado y su efecto bumerán sobre los hombres, que exista un importante desequilibrio en el número de muertes por suicidio en función del género, de forma que 3 de cada 4 fallecimientos sean de hombres. Esta desproporción se refleja en todos los grupos de edad¹¹⁷.

Naturalmente, las dolencias mentales no solo afectan a las personas jóvenes: más de un tercio de la población tiene algún trastorno mental, siendo el más frecuente la ansiedad, que ataca el doble a las mujeres que a los hombres y cuya prevalencia ha aumentado un 34 % en dos años, alcanzando casi al 41 % de las y los menores de 25 años.

En cifras globales, el 6,7 % de la población del Estado español está afectada por la ansiedad, exactamente la misma cifra de personas con depresión. Ambos problemas son más del doble de frecuentes en mujeres (9,2 %) que en hombres (4 %)¹¹⁸. Tampoco nos sorprende que el 88 % de las labores de atención y apoyo a las personas afectadas las realicen cuidadoras y cuidadores informales (familiares, amistades, etc.), ni que más de la mitad de las personas con trastornos mentales que necesitan tratamiento no lo reciban; pero es que incluso un porcentaje

112 Vázquez Canales, Luz de Myotanh y Marcia Guitián Domínguez (junio 2024). La salud mental infanto-juvenil en Atención Primaria. El relato de este siglo. *Rev Clin Med Fam*. Vol. 17, nº2. [bit.ly/3MuLjpM](https://doi.org/10.1016/j.rcmf.2024.06.001)

113 Kuric, S. et al. (2023). *Barómetro Juventud, Salud y Bienestar 2023*. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. [bit.ly/4aRd99F](https://doi.org/10.1016/j.rcmf.2024.06.001)

114 Ballesteros, J.C. et al. (2020). *Barómetro juvenil sobre Salud y Bienestar 2019*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. [bit.ly/4iWrtjb](https://doi.org/10.1016/j.rcmf.2024.06.001)

115 Ministerio de Sanidad (España) (2023). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. [bit.ly/3YqR4qW](https://doi.org/10.1016/j.rcmf.2024.06.001)

116 El Observatorio del Suicidio. *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. [bit.ly/44YilVs](https://doi.org/10.1016/j.rcmf.2024.06.001)

117 UCM (20 julio 2023). El suicidio es la primera causa de muerte en jóvenes y adolescentes entre 12 y 29 años. *Ciber*. [bit.ly/4scDIMW](https://doi.org/10.1016/j.rcmf.2024.06.001)

118 Con Salud Mental (2019). La salud mental en cifras. Las palabras sí importan: Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación. *Comunicasaludmental.org*. [bit.ly/4qf91F3](https://doi.org/10.1016/j.rcmf.2024.06.001)



significativo de los tratamientos aportados no resultan adecuados¹¹⁹.

Los últimos datos del *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023*¹²⁰ nos dicen que un 34 % de la población del Estado español sufre algún tipo de trastorno vinculado con la salud mental, y esos datos son solo de los casos registrados en el sistema de salud, con una tendencia creciente en la serie 2016-2022. Hace 2 años, era el 26 %. Un 17 % dice tener depresión y otro 16 % ansiedad¹²¹. Más del 40 % de la población de más de 50

años sufre problemas de salud mental y el 50 % de la población de más de 85 años¹²².

Los problemas de salud mental tienen varias características comunes: entre personas adultas afectan predominantemente a mujeres, especialmente en el caso de la anorexia nerviosa (siete veces más que a los hombres) y del trastorno depresivo (tres veces más). No obstante, en la infancia/adolescencia los problemas de salud mental son más frecuentes en los chicos, en especial los trastornos hipercinéticos (tres veces más frecuentes que entre chicas). Suele darse el gradiente social, es decir, que el problema de salud sea más prevalente a medida que disminuye el nivel de renta; esto es así especialmen-

119 *Ibid*

120 Ministerio de Sanidad (España) (2023). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. bit.ly/3YqR4qW

121 Estudio Internacional AXA Salud y Bienestar Mental. [Presentación] bit.ly/49bPHTH

122 Ministerio de Sanidad (España) (2023). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. bit.ly/3YqR4qW

4. CONSECUENCIAS DEL CUERPO ASEDIAO

te en las psicosis (la esquizofrenia es 12 veces más frecuente en el nivel de renta más bajo que en el más alto), los trastornos de la personalidad (11 veces más frecuentes) y los trastornos de somatización (siete veces más)¹²³.

Si lo miramos por patologías y sexo, las mujeres sufren el doble de ansiedad, el doble de trastornos depresivos, el doble de fobias, tres veces más trastornos del sueño y siete veces más anorexia nerviosa y bulimia¹²⁴.

España es el país del mundo donde más benzodiacepinas se consumen como ansiolíticos. En la última Encuesta Europea de Salud, un 10,8 % de la población respondió haber tomado algún tranquilizante en las últimas dos semanas, subiendo esta proporción hasta el 29,6 % en el caso de las mujeres, volviendo pues a doblar a los hombres en este capítulo también.

Según datos del Ministerio de Sanidad, el año pasado las oficinas de farmacia dispensaron, con cargo al Sistema Nacional de Salud, 98,81 dosis diarias de antidepresivos por cada 1 000 habitantes (Dosis definida por mil Habitantes y Día –DHD– es la unidad de medida estandarizada más habitual para calcular el uso de cualquier medicamento), un 22,85 % más que en 2018 (80,43 DHD)¹²⁵.

El 34,3 % de las mujeres y el 17,8 % de los hombres a partir de 40 años han retirado al menos un envase de antidepresivo, ansiolítico o hipnótico/sedante durante el año de estudio, 2017. En términos cuantitativos, se dispensan 203,6 DHD, cantidad que permite tratar al 20,4 % de la población a partir de 40 años con una dosis diaria estándar durante todo el año. Los medicamentos más consumidos son: antidepresivos con 98,8 DHD (40,3 entre mujeres y 52,8 entre hombres), ansiolíticos (83,5 entre mujeres y 43,4 entre hombres) y los hipnóticos y sedantes con 40,2 DHD (52,2 entre mujeres y 26,9 entre hombres).

El consumo tiene un patrón común: es mayor en mujeres, se incrementa con la edad y se observa gradiente social. En lo relativo a patologías específicas: entre las personas con psicosis (de cualquier edad) se dispensan 241,7 DHD de neurolépticos, más en hombres y en niveles de renta bajos. Se dispensan 109,5 DHD de litio entre las personas con psicosis afectiva, sin grandes diferencias por sexo, edad o nivel de renta. Entre las personas con demencia, se dispensan 376,2 DHD de fármacos antidecencia, sin diferencias por sexo, edad, nivel de renta o tamaño del municipio. Se dispensan también 214,0 DHD de psicoestimulantes para trastornos hiperkinéticos entre menores de 25 años, más entre varones en la franja 10-19 años y en los niveles de renta más altos¹²⁶.

En una sociedad sana, cualquiera de estos datos haría saltar todas las alarmas, se accionaría el freno de emergencia y se dedicarían recursos de todo tipo (financieros y de otra índole) a analizar y revertir la situación. Pero esto no ha ocurrido.

Hablando claramente, **hemos creado una sociedad enferma, compuesta sobre todo de personas jóvenes enfermas. Y el modelo socioeconómico que la ha creado ha conseguido que apenas se aborde el problema desde las instituciones públicas y que, cuando se aborda, se haga de forma puramente médica e individual.** En este contexto, es muy fácil terminar culpando a las personas afectadas. Es decir, no solo se obvian las condiciones estructurales que generan esta problemática, sino que, además, se culpa de ella a las víctimas.

Pero el segundo factor es la rentabilidad que el propio sistema capitalista extrae de esta situación. No es de extrañar semejante proliferación de discursos motivacionales, de técnicas de *coaching*, la fiebre por las criptomonedas o la oleada de discursos (sobre todo desde la masculinidad) que apelan a una supuesta lógica eco-

123 *Ibid.*

124 *Ibid.*

125 González, Adaya (26 noviembre 2023). Estado de la salud mental en España: la ansiedad crece un 34 % y ataca el doble a las mujeres. *Efe.com*. bit.ly/3XV7t72

126 Subdirección General de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad (España) (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. *BDCAP Series 2*. bit.ly/49ac5fH

nomicista donde el darwinismo social, la competencia y el éxito económico individual se presentan como una ley natural e inalterable. Los discursos sobre finanzas, *fitness*, experiencias vitales, *mindfulness* o relaciones interpersonales, todos están atravesados por el tercer factor, el más importante y que canaliza nuestro malestar psicológico: el realismo capitalista, como decía Mark Fisher.

Quizás ya va siendo hora de politizar aquellos supuestos “desórdenes” que hemos normalizado pero que no deberían ser en absoluto normales. Y es justamente esta normalidad lo que debería llamarnos la atención. **En su libro *The Selfish Capitalist*, Oliver James afirma, de manera convincente, que existe una correlación entre las tasas crecientes de desórdenes mentales y la variante neoliberal del capitalismo que se ha propagado por buena parte del planeta.**

Mark Fisher fue uno de los pensadores que intentó mostrar que era absolutamente imprescindible volver a discutir el problema creciente del estrés y la ansiedad en las sociedades capitalistas de la actualidad. **Que es hora de dejar de abordar la cuestión de la enfermedad psicológica como un asunto del dominio individual cuya resolución es de competencia privada y médica. Justamente, frente a la enorme privatización de la enfermedad en los últimos treinta años, debemos preguntarnos: ¿cómo se ha vuelto aceptable que tanta gente, y en especial tanta gente joven, esté enferma?**¹²⁷

Y volviendo de nuevo a los TCA, estos a menudo se presentan simultáneamente con otras condiciones psiquiátricas y médicas que pueden complicar el tratamiento. Específicamente, la revisión narrativa de Keski-Rahkonen y Mustelin de 2016 sobre los estudios europeos indica que la depresión se encuentra asociada a un 33 % de los TCA, el trastorno de ansiedad generalizada a un

31 % y ciertas fobias específicas a un 17 %, sin observarse diferencias significativas entre géneros¹²⁸.

El estrés, la ansiedad, la depresión o el pánico entre los jóvenes es cada día más frecuente en nuestras sociedades y su normalización es, en gran medida, el resultado de un largo proceso de privatización de la enfermedad. Además, la creciente medicalización de la vida se presenta como una consecuencia lógica de la individualización de las patologías. Unas décadas atrás, por ejemplo, cuando presentabas síntomas de estrés laboral el médico te recomendaba sindicarte; ahora, sin embargo, te receta un cóctel explosivo de ansiolíticos y antidepresivos. En el capitalismo tardío hemos sustituido los convenios colectivos por alprazolam.

Al reducir toda esta serie de malestares a una perturbación del funcionamiento neurológico normal, o a un trauma vivido durante la infancia, eliminamos la posibilidad de un cuestionamiento colectivo y, por lo tanto, de una transformación radical de la estructura que los produce. Parafraseando a Mark Fisher: en tiempos de depresión generalizada, la tarea de repolitizar el ámbito de la salud mental es urgente si la juventud quiere, literalmente, sobrevivir y construir un futuro en común¹²⁹.

127 Fisher, Mark (2019). Realismo capitalista. ¿No hay alternativa? *Titivillus*. bit.ly/4q7nUsN

128 Keski-Rahkonen A, Mustelin L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. Vol. 29, n° 6, pp. 340-345.

129 Romero Fernández, Manuel (17 marzo 2021). Habitar en un mundo grande y terrible. *ctxt Contexto y Acción*, n° 270. bit.ly/4rTfgQB

■ En resumen

Si se analiza la literatura médica que aborda los TCA en el Estado español en las últimas décadas, se pone de manifiesto la existencia de **dos discursos que se construyen en paralelo**¹³⁰: **el discurso nutricionista y el médico**. Del primero ya hemos hablado en otros capítulos, del segundo acabamos de hablar aquí. Este discurso médico incorpora aspectos que, a priori, parecerían esencialmente estructurales pero que, en realidad, no lo son totalmente. En el discurso médico subyace la creencia de que las mujeres tienen más riesgo de ser anoréxicas o bulímicas debido al anhelo de delgadez y a la presión social que sobre ellas ejerce la moda, lo que no cabe duda que es verdad, pero no es toda la verdad. La tecnología médica diagnóstica que representan textos como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) a menudo olvida la subjetividad de los y las pacientes, **focaliza su interés en los signos patológicos y no en los síntomas como expresión de un malestar o de un desequilibrio inscrito en la trayectoria biográfica**. Sustraе al cuerpo del significado simbólico y social que tiene y escinde el trastorno mental del marco social que lo produce.

Por el contrario, en los estudios que intentan trascender esa mirada biomédica y que a menudo se basan en entrevistas a mujeres que padecen estas dolencias, aparecen elementos interesantes y olvidados por otros enfoques.

Así, por ejemplo, los estudios que han incorporado entrevistas a mujeres que han sido diagnosticadas de anorexia indican que se trata de sujetos racionales reflexivos, que actúan con motivos e intenciones propias en un contexto determinado y que lo explican discursivamente. Dichas mujeres suelen ser conscientes de que han sido socializadas en un sistema de dominación sexual que favorece la construcción de una identidad a partir del cumplimiento de las expectativas de las demás personas, y de la necesidad de ser aceptadas y reconocidas.

Pero ser consciente no quiere decir ser capaz de sustraerse a ello. En las sociedades modernas reflexivas el cuerpo se utiliza como un lugar de presentación y representación que las mujeres entrevistadas utilizan para mejorar las relaciones sociales. En el cuerpo expresan su voluntad, insatisfacción y capacidad de control. Es una vía por la que canalizan la ansiedad, un lugar donde crean control y orden. El cuerpo se convierte en referente de individualidad e identidad, y a través de él elaboran estrategias de contestación y resistencia. El rechazo al alimento es una decisión racional que busca conseguir seguridad y aprobación, y que esconde una lucha por la propia autonomía. La decisión de adelgazar es una estrategia para mejorar las relaciones sociales, un ejercicio de afirmación y una expresión de control.

En palabras de González-Mendiondo: **“Las reacciones emocionales de tristeza, tensión, enojo y ansiedad que expresan estas mujeres hacia sus condiciones de vida se han medicalizado y han obtenido el estatus de enfermedad. En este proceso, las mujeres son percibidas por el discurso médico como débiles, dependientes y emocionalmente incontrolables, un estereotipo de fragilidad y vulnerabilidad que en muchos casos ellas también han internalizado.”**¹³¹

Los estados de ansiedad y depresión que les generan situaciones de estrés están muy relacionados con las experiencias vividas, con su biografía personal y con valores sociales que preconizan lo que deben ser y hacer. Cuando estas mujeres rompen las expectativas sociales y familiares de mantenimiento del equilibrio emocional y la armonía afectiva, se produce un desfase entre las expectativas del rol de género y su desempeño. Este desfase es percibido por ellas mismas y por quienes las rodean como un problema, como un fallo de su personalidad, como una “enfermedad” que debe ser tratada médicamente.

130 Gil García, M. Eugenia. Anorexia y bulimia: Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas. Editorial de la Universidad de Granada, 2005. bit.ly/48StnNj

131 González-Mediondo Carmona, Lucía (2014). La construcción del discurso contra la violencia de género como verdad social. Implicaciones preventivo-educativas y claves para una propuesta alternativa desde la educación de los sexos. Universidad de Zaragoza. bit.ly/499zyxE



Desde esta perspectiva, la anorexia —y en general, los trastornos alimentarios—, se pueden entender como una encrucijada patológica propia de las sociedades modernas que algunas mujeres utilizan como reacción defensiva o vía de escape.

La realización de una práctica restrictiva o purgativa ocasional se produce en “situaciones difíciles”, en contextos de interacciones personales que generan tensión. Si estas situaciones persisten, las prácticas ocasionales se convierten en adictivas.

Como se desprende de los análisis de Gil García¹³², para explicar y tratar el problema de los TCA de forma eficaz es preciso comprenderlo desde la perspectiva social y, a la vez, ofrecer la posibilidad individual de construir nuevas narrativas personales, reforzar la autoestima y emanciparse. Hay que tener en consideración que, en las sociedades modernas reflexivas, las desigualdades sociales se redefinen en términos individualizados y los problemas sociales se perciben como inadecuaciones

psicológicas que provocan ansiedad, estrés y sentimientos de culpa.

Analizar la práctica anoréxica y/o bulímica desde las miradas que aportan la teoría de la estructuración y la teoría feminista permite ver el proceso y a las personas en él inmersas desde una óptica distinta a la que ofrece la psicopatología individual. Supone entender que existen estructuras sociales y sistemas de género que obstaculizan el desarrollo de la autonomía y la identidad, especialmente en las mujeres. Supone centrar la atención en la promesa emancipadora que esconden estas prácticas adictivas y tratar de fortalecer la capacidad de obrar frente a la falsa autonomía que el cuerpo delgado parece prometer a las mujeres¹³³.

Como comenta Cristina de Tena¹³⁴: “los trastornos de conducta alimentaria son, entre otras cosas, consecuencias directas de un sistema que te dice que estás mal, y te ofrece una solución fácil: dejar de comer.”

132 Gil García, M. Eugenia. Anorexia y bulimia: Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas. Editorial de la Universidad de Granada, 2005. bit.ly/48StnNj

133 *Ibid.*

134 Cristina de Tena (2024). Mi relación con la comida es mi relación con el mundo. *Pikara Magazine*. bit.ly/3XRSEqy



5

GORDOFOBIAS

Vemos a una persona gorda¹³⁵ y pensamos cosas. No sabemos nada de ella, es la primera vez que la vemos, ahí en la calle, caminando o sentada, leyendo o tomándose un café, o corriendo para no perder el bus... pero pensamos cosas. Lo habitual, cuando vemos un cuerpo gordo, es que pensemos una retahíla de cosas basadas en una serie de prejuicios que hay en torno a las personas gordas: son vagas, perezosas, se alimentan mal; son glotonas, sucias, descuidadas; no se mueven ni practican ejercicio físico; no tienen autocontrol; seguramente viven solas y probablemente tienen problemas familiares o de otra índole.

No todo el mundo piensa todo eso, claro, pero, aunque no queramos, el marco está ahí dispuesto a desplegarse en cuanto vemos un cuerpo no normativo. **Desde los colectivos antigordofobia se nos da el siguiente consejo: nunca hables ni opines de las características físicas de nadie.** Especialmente si no conoces a esa persona ni sabes nada de su vida. Tus palabras, por muy amistosas o supuestamente graciosas que sean, pueden provocar dolor.

La gordofobia es como el patriarcado: está ahí, aunque no quieras. Es una atmósfera que respiramos por el mero hecho de existir en esta sociedad. El cuerpo gordo en la sociedad gordofóbica es visto como un cuerpo deforme, erróneo, fracasado; un cuerpo inferior en todos los aspectos, por lo que es castigado y discriminado socialmente en todos los espacios sociales donde habita¹³⁶.

135 Hemos decidido usar el término “gordo/a” porque así se auto-denomina la mayor parte del movimiento antigordofóbico, en una suerte de apropiación del insulto, al estilo de otros conceptos con alta carga peyorativa que una vez que son usados por el colectivo al que van destinados, pierden parte de su eficacia estigmatizadora. Magdalena Piñeyro, filósofa y cofundadora de la plataforma Stop Gordofobia, reivindica que no se usen eufemismos y otros términos para hablar de una persona gorda, sobre todo en femenino; no quieren que se les llame “rellenitas”, “obesas”, “gordibuenas” o “foñsanas”. “Gordo no es un insulto, es un adjetivo. No usar la palabra hace que se convierta en un tabú y se siga utilizando para herirnos”, aseguran.

136 Diputación de Granada. Entrevista a Magda Piñeyro: “El cuerpo gordo es visto como un error y un fracaso por la sociedad, y esto hace que se nos castigue y discrimine”. *Igualdad en Granada*. bit.ly/48THsKq

Porque sí, el cuerpo gordo es percibido como un error, un fracaso, algo que no debería existir y que, si existe, hay que corregirlo a toda costa. La gordofobia está tan interiorizada que, de alguna manera, todas las personas tenemos miedo a engordar. Aunque tu cuerpo entre, más o menos, dentro de lo que se ha definido como cuerpo normal, el miedo a engordar está siempre ahí, acechando. El miedo a engordar es el miedo al rechazo, al estigma, y a partir de ahí —en un *continuum* más directo de lo que parece—, es relativamente fácil obsesionarte con hacer dietas o con hacer ejercicio físico hasta el extremo de acabar deteriorando tu salud mucho más de lo que probablemente la deterioraría la gordura (volvemos a este tema más adelante). **La gordofobia instalada en la sociedad hace que muchas personas sean capaces de cualquier cosa con tal de no engordar.**

Cuando se habla de estigmatización, discriminación y violencia física y psíquica hacia las personas gordas, difícilmente nos podemos hacer una idea de su magnitud y virulencia, a menos que escuchemos los testimonios de las personas que las sufren: discriminación para acceder a un empleo, violencia médica, insultos y violencia física en las calles, *bullying* o acoso escolar; o sus problemas para ajustarse en los asientos del transporte público o en las butacas del teatro o del cine, o en las sillas de una terraza cuando van a tomar algo. Algo tan sencillo como viajar o coger un avión puede convertirse en una tortura para estas personas. De hecho, para muchas el simple hecho de salir de casa supone enfrentarse a que se les va a hacer saber que no son bienvenidas a este mundo, que no deberían existir; el nivel de ansiedad que genera esta sensación es difícilmente imaginable a menos que lo hayas vivido en primera persona.

Hay que tener claro que la *gordura* es política. Desde las propias definiciones de “normalidad” hasta todo lo que se deriva de ellas, especialmente el estigma y la discriminación. Las personas tenemos ciertas características corporales; el resto es un acto político.

La gordofobia es el odio, rechazo y violencia que sufren las personas gordas por el hecho de serlo. Es una discriminación que está cimentada sobre prejuicios respecto a los hábitos, costumbres y salud de las personas gordas,

que se basan en la creencia de que el cuerpo gordo responde a una falta de voluntad o de autocuidado, a no hacer el esfuerzo suficiente para estar delgado, motivo por el cual ya merece “castigo” o rechazo. Esta perspectiva, que piensa que el cuerpo gordo es producto de la pereza o la vagancia, no atiende a los contextos que producen o afectan a los cuerpos, ni a todos los factores que inciden en que una persona sea gorda o flaca, enferme o sane. **Las condiciones económicas, culturales, genéticas, educativas y sociales son invisibilizadas u obviadas, así como las propias condiciones de enfermedades y tratamientos médicos que pueden tener efectos en los cuerpos y en su peso**¹³⁷.

Para muestra, un botón: un estudio reciente¹³⁸ ha analizado las reacciones en las redes sociales al fallecimiento de la actriz Itziar Castro, activista contra la gordofobia. La investigación se centró en estudiar los comentarios recogidos en las cuentas de X (antes Twitter) de los diarios generalistas con mayor audiencia en España (El País, La Vanguardia, El Mundo) desde que se anunciara el fallecimiento de la actriz el 8 de diciembre de 2023 y los días posteriores. Entre las conclusiones más relevantes, destaca que el 25 %, el 32 % y el 40 % de los comentarios efectuados en esas cuentas, respectivamente, fueron despectivos.

Se centraban en burlas y ridiculización de la actriz, en la estigmatización de la gordura y en la incitación al odio, relacionando el peso de Itziar Castro únicamente con el exceso de comida, deshumanizando a las personas gordas, adjetivándolas de enfermas, culpabilizándolas por estar gordas (“tú te lo has buscado”), por no tratar su enfermedad, refiriéndose a su cuerpo como algo enfermo y feo, asociando estar gorda —gorda con “a”— con

137 Piñeyro Bruschi, Magdalena (2020). Guía básica sobre gordofobia: Un paso más hacia una vida libre de violencia. Instituto Canario de Igualdad. Gobierno de Canarias. bit.ly/4rY8bOy

138 Universidad del País Vasco (7 marzo 2024). Miren Rodríguez González. Llámame gorda, no me llames obesa. Profesora de Géneros Informativos y Gabinetes de Comunicación. Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación. *Campus*. bit.ly/4iUUVGe

tener problemas mentales o acusándola de normalizar los cuerpos gordos, sugiriendo que no es pues sorprendente que haya acabado así: muerta.

Los cambios en la mirada social sobre la obesidad

Siempre es un buen ejercicio insertar este tipo de conductas dentro de un determinado entramado histórico y social. Hemos repetido en este texto que **la alimentación es un hecho social, la mirada que tenemos sobre los cuerpos también, como lo es la asignación de determinados atributos a determinados cuerpos y la jerarquización de dichos cuerpos**. En definitiva, la discriminación de los cuerpos no normativos hay que analizarla en la actual dinámica social.

La alimentación y el cuerpo siempre han estado marcados socioculturalmente, por ejemplo, hemos visto que durante los siglos XII y XIII principalmente, se asociaba el ayuno con la santidad. El modelo de ascetismo y ayuno construido en el medievo se basaba en que una renuncia al cuerpo físico y material suponía una voluntad de alimentar la esencia moral y espiritual.

Más adelante, sin embargo, se asoció la gordura a la buena salud y la prosperidad. Estar rollizo era hermoso y era estar bien alimentado. Tener apetito era síntoma de estar sano. La glotonería y los atracones eran una práctica socialmente aceptada e incluso bien valorada, en contextos donde la escasez de alimentos no era inusual. Mientras que la delgadez se asociaba con enfermedades temibles, la gordura denotaba estatus y, a menudo, belleza y atractivo sexual. Así, durante mucho tiempo el imaginario social asociaba las figuras corpulentas a las clases altas. La nobleza y la aristocracia eran los estratos sociales que gozaban de un nivel económico suficiente para permitirse cierto ocio y una cuantiosa ingesta de alimentos. **Durante mucho tiempo, la obesidad era el signo de la opulencia y la burguesía**. Las clases privile-

giadas estaban rechonchas, rojizas y flácidas; las clases empobrecidas, en cambio, estaban delgadas y frágiles¹³⁹.

Actualmente la mirada es justo la inversa. Las clases empobrecidas se presentan como gordas y con unos hábitos alimentarios y de vida insanos, mientras que las privilegiadas son cuerpos canónicos, esculpidos con voluntad y tesón a base de comida saludable y ejercicio constante.

La actual lipofobia, por tanto, sería un fenómeno relativamente reciente¹⁴⁰, coincidiendo, a principios del siglo XX, con el despliegue del discurso médico contemporáneo que identificó el sobrepeso con la mala salud. Quizás no sea anecdótico recordar que los orígenes históricos de la noción de peso corporal “ideal” se sitúan en la creación y evolución de tablas de altura y peso en Estados Unidos, entre 1836 a 1943, pero que hace menos de 200 años el peso no se consideraba un problema importante de salud.

La literatura consultada coincide en señalar que la cuestión empezó a cambiar con el aumento de la ciencia actuarial, es decir, la interrelación de la estadística, las finanzas y la economía con el objetivo de cuantificar la vida, creando tablas de riesgos para el cálculo de la industria aseguradora y financiera. A partir de entonces, el peso se convirtió en un criterio que las compañías de seguros utilizaron para evaluar el riesgo vital. Utilizadas originalmente como una herramienta para facilitar la estandarización del proceso de selección médica en toda la industria de seguros de vida, estas tablas impusieron posteriormente la noción de “peso ideal” y se convirtieron en directrices recomendadas para el peso corporal. La tabla de altura y peso pasó de ser una “herramienta mercantil” a una herramienta de regulación social¹⁴¹.

139 Gracia Arnaiz, Mabel (15 enero 2014). De la lipofobia al lipo-fobismo: imágenes y experiencias en torno de la obesidad. *SIIC Salud*. bit.ly/3KuQFAM

140 *Ibid*.

141 Czerniawski, Amanda M. (verano 2007) From Average to Ideal: The Evolution of the Height and Weight Table in the United States, 1836-1943. *Social Science History*, Vol. 31, n° 2, pp. 273-296. bit.ly/4oYlvyy

Así que no hay que olvidar los intereses de las compañías aseguradoras y su relación con ese discurso médico. Así, por ejemplo, la *Dublin's Standard Table of Heights and Weights* (1908) fue decisiva a la hora de desarrollar la estandarización de la figura humana¹⁴².

Más allá de los aspectos puramente médicos, también se produjo una resignificación de valores morales asociados a distintos tipos de cuerpo. De alguna manera, si anteriormente el Bien y los ideales de perfección, pureza o santidad, se asociaban con valores trascendentales, ahora se los ha desplazado a determinados cuerpos que son el reflejo de una buena salud corporalmente idealizada. En contrapartida, el Mal, los *pecados* tales como el apetito, la gula o la pereza, ya no son castigados en el más allá sino en el más acá, con estigmas y enfermedades.

A principios del siglo XX se produce, entonces, un desplazamiento del estigma¹⁴³: **la persona gorda es, ante todo, alguien que no hace lo suficiente por cuidarse.** La obesa ya no es solo una persona gorda, también es alguien incapaz de cambiar, es un fallo. El imaginario médico de la obesidad ayuda a reforzar la idea de la responsabilidad individual en la causalidad de esta situación, olvidando la variedad de influencias e interacciones metabólicas, genéticas y hormonales que pueden afectar al desarrollo de cada persona. Todo esto provoca que se genere una percepción de la obesidad que está dominada, en el fondo, por interpretaciones morales¹⁴⁴.

La obesidad es política

En la progresiva, que no reciente, problematización de la gordura han intervenido criterios culturales vinculados con el menosprecio de la glotonería o el valor de la delgadez corporal y, de forma más reciente, criterios sanitarios y económicos por su efecto negativo en la salud y los costos asistenciales. Al definir el sobrepeso y la obesidad, básicamente, como una alteración dietética, se obvia su carácter profundamente político. En vez de considerarse como la realidad compleja de carácter plurifactorial que es, se nos viene a decir que la solución es comer bien y hacer ejercicio. Como si comer se pudiera reducir a una simple operación matemática¹⁴⁵ y el ejercicio una pura cuestión de voluntad. En general, se trata de comer menos y moverse más porque en la actualidad *estar gordo* se ha convertido, en particular en los países industrializados, en sinónimo de *estar enfermo*.

Como describe Gracia-Arnaiz¹⁴⁶, según este enfoque medicalizado de la gordura, la obesidad y el sobrepeso, se asume como evidente que la grasa mata, que la obesidad es en sí patológica y que todas las personas obesas, sin excepción, son enfermas o lo serán. La obesidad representa un signo de transgresión normativa y la consecuencia de aquello que no debe hacerse: comer mucho y ser ocioso. La percepción negativa de la gordura entre los profesionales de la salud se ha construido, a menudo, sobre la idea de que una vez instaurada, es una enfermedad intratable por la tendencia a ganar peso y por la supuesta falta de interés o voluntad de la persona obesa a hacer dieta y ejercicio para perderlo. Aunque en el ámbito sanitario hay nutricionistas que intentan tratar al paciente como un ser global, adaptando sus consejos a su particularidad biopsicosocial, son muy frecuentes las recriminaciones relacionadas con conductas alimentarias que consideran que los portadores de la anomalía (el exceso de grasa) son responsables de su disfunción:

142 Zafra Aparici, Eva (septiembre 2007). Aprender a comer: Procesos de socialización y "Trastornos del Comportamiento Alimentario". Universitat de Barcelona. bit.ly/3KLmzJk

143 Courtine, Jean-Jacques, Alain Corbin y Georges Vigarello (coords.) (2005). Historia del cuerpo. Taurus. bit.ly/3XZIBfs

144 Gracia Arnaiz, Mabel (2015). Comemos lo que somos. Reflexiones sobre cuerpo, género y salud. Icaria. bit.ly/4adJKGx

145 Gracia Arnaiz, Mabel (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud pública Méx* Vol.49 n°3. bit.ly/45bJJiO

146 *Ibid.*

si usted está obesa es porque no sabe o no quiere comer bien. Se trata de una variante de lo que llamaremos violencia médica sobre las personas gordas.

Cuando las personas gordas pertenecen a la población infantil, tal responsabilidad se traslada con facilidad a los progenitores, como ha sucedido en fecha reciente en el Reino Unido, cuando la madre de Connor McCreadie, un niño de nueve años y 89 kilos de peso, estuvo a punto de perder la custodia de su hijo acusada de “negligencia”¹⁴⁷.

Como si “comer bien” o “comer mal” fuera una simple cuestión de falta de educación y/o disciplina. Trasladar toda la responsabilidad al individuo y atribuir todo el problema a unos modos de vida calificados como desordenados o inadecuados, no hace sino profundizar en el culto al cuerpo e intensificar sus mecanismos de acción.

Considerar que evitar las conductas arriesgadas depende, en gran medida, del individuo supone no comprender que los sujetos perciben un objeto u actividad como arriesgada¹⁴⁸ en función del entorno económico y político, del sistema de valores y creencias y de la posición que, por razones de género, clase, edad o grupo étnico, ocupan en la estructura social de una sociedad particular.

Si leemos la estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) del Estado español para hacer frente a la obesidad, así como otros documentos que abordan esta temática, **la obesidad se define como un problema de carácter ambiental, donde el entorno socioeconómico juega un papel primordial en su desarrollo. Pero hay una clara disonancia entre este diagnóstico y el tratamiento.**

Siguiendo las reflexiones de Gracia-Arnaiz¹⁴⁹, **¿por qué las acciones promovidas por los programas de prevención apenas han planteado cambios mínimos en el entorno socioeconómico, mientras se centran en los individuos? ¿Por qué apenas hay medidas que regulen eficazmente a la industria alimentaria y eviten la promoción de una alimentación de bajo perfil nutricional?** Los objetivos para alcanzar los llamados “estilos de vida saludables” continúan centrándose en pretender modificar las conductas personales, como mejorar los conocimientos nutricionales o aumentar la actividad física. Pero esta estrategia que se lleva desarrollando desde hace décadas ha obtenido un éxito más bien modesto, por ser generosas en su calificación. **¿Acaso se ha dejado de lanzar al mercado productos alimentarios de dudosa calidad nutricional o se han frenado las prescripciones médicas que incentivan, de forma indiscriminada, el seguimiento de dietas y el consumo de fármacos adelgazantes?**

Por un lado, ¿qué sentido tiene seguir emitiendo mensajes estandarizados sobre la conveniencia de una dieta equilibrada si, por razones estructurales o culturales, mucha gente no puede acceder a ella? Por otro lado, **referirse al entorno social en abstracto, en vez de buscar las causas o responsabilidades concretas de un ambiente obesogénico, lo transforma en una especie de neblina abstracta y, en consecuencia, difícilmente abordable.**

Proliferan además guías de buena alimentación que tratan de contrarrestar los efectos del ambiente obesogénico insistiendo siempre en lo mismo, de la mano de consejos facultativos para regular dichos efectos en todo el ciclo vital y de la educación nutricional como baluarte de los estilos de vida saludables.

Ahora bien, después de tantos años aplicando estas medidas, nos podemos preguntar hasta qué punto están siendo eficaces. Porque no deja de ser sorprendente que

147 BBC News (27 febrero 2007). Obese boy to remain with mother. bit.ly/3MDjOKH

148 Douglas M, Wildavsky (1983). Risk and culture. California: University of California Press; y Boltanski L, Thévenot L. (1991). De la justification: les économies de la grandeur. Paris: Gallimard.

149 Gracia Arnaiz. Mabel (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud pública Méx* Vol.49 n°3. bit.ly/45bJiO



la tasa de obesidad haya aumentado coincidiendo precisamente con el esfuerzo educativo que las autoridades sanitarias han emprendido desde hace décadas para enseñar hábitos de vida saludable y con el hecho de que la población ya tenga un amplio conocimiento de las recomendaciones nutricionales. ¿Qué sentido tienen entonces todas estas innumerables (y costosas) actuaciones?

Si los datos referidos a la pésima calidad nutricional media y a las enfermedades asociadas a la mala alimentación no hacen otra cosa que aumentar, quizás habría que buscar sus causas en los cambios registrados en la estructura social y en la organización económica de nuestras sociedades. Porque es todo esto lo que está impidiendo modos de vida más saludables, a través de la discriminación social, las largas jornadas laborales y formativas, la falta de tiempo para organizar la comida

familiar, la pérdida generacional de competencias culinarias o la promoción del consumo compulsivo.

Pero lo peor del asunto es que ya se conocen perfectamente los condicionantes económicos, culturales y políticos relacionados con el capitalismo de consumo que nos están afectando a todos y todas: el acceso a los recursos, las relaciones de género, las formas de entender la enfermedad o los cuidados del cuerpo, etc. No es que no se pueda concretar perfectamente en qué consiste el ambiente obesogénico del que tanto se habla; se puede, pero no se hace nada al respecto.

Otro aspecto que nos parece importante señalar es la medicalización absoluta del hecho alimentario, pues esta visión se focaliza solo en uno de los múltiples condicionantes de la alimentación cotidiana. La salud es, sin

duda, una motivación importante del consumo alimentario, pero no la única. Comer una cosa o la otra reviste significados distintos, contradictorios o complementarios según toda una serie de factores, como el placer gastronómico, la capacidad económica, la comensalidad, la conveniencia o las enfermedades. Asimismo, este modelo medicalizado basa sus preceptos en dotar de competencias dietéticas y responsabilizar a los individuos de su estado de salud sin comprender, o cuando menos sin afrontar, que la vida cotidiana de la ciudadanía es heterogénea *per se* y está articulada por actividades diversificadas y acontecimientos irregulares a menudo incompatibles con la rutina requerida por los apremios dietéticos¹⁵⁰.

En lo referido a la obesidad, quizás sea un error insistir una y otra vez en recomendaciones nutricionales conocidas por todo el mundo, seguir generalizando causas y abordajes, y estigmatizando la obesidad. ¿Por qué no se habla en cambio de que sólo ciertos grados de gordura pueden relacionarse con el aumento de la morbo-mortalidad y que ponerse a dieta no siempre es la solución?

Por otro lado, con frecuencia se considera que los problemas alimentarios, y en particular aquellos relacionados con el peso, tienen su origen en la cantidad y calidad de la comida ingerida, como si los efectos de comer en el cuerpo fueran una simple operación aritmética: se come poco o demasiado, y engordamos o adelgazamos según las calorías consumidas/gastadas. La realidad no es tan simple, ya que el peso dista de depender exclusivamente de las cantidades ingeridas de alimentos. Además del ambiente, intervienen mecanismos hormonales y neuronales, y factores genéticos, metabólicos y constitucionales. Ni todas las personas gordas están enfermas ni todas comen mal.

Las autoridades sanitarias han declarado la guerra contra la obesidad, al menos a nivel teórico. Pero, ¿hasta qué punto esta extraordinaria problematización del peso y la comida está contribuyendo a limitar la obesidad o, por el contrario, está fomentándola? Es más, ¿la actual concep-

ción de la gordura como enfermedad no está más bien ayudando a estigmatizar a las personas obesas, más que promoviendo su aceptación social?¹⁵¹

Hay un sinfín de intereses comerciales profundamente implicados en gran parte de los deseos por cambiar la apariencia física, por ello es tan difícil discriminar en los discursos biomédicos en qué medida responden al interés por la salud o por el lucro¹⁵².

Hay que reflexionar seriamente sobre las dificultades de implantar, en una cotidianidad extremadamente precaria y muy limitada en cuanto a “elecciones libres”, las rutinas que exigen los consejos dietéticos. Las exigencias diarias de muchas personas no permiten un régimen nutricional más saludable, más equilibrado y más conveniente para su salud, al menos en la medida que quisieran las autoridades sanitarias, porque para cambiar de dieta es necesario cambiar de vida, lo que no solo no suele ser fácil, sino que, para muchas personas, resulta simplemente imposible.

Quizás la pregunta “¿Cómo cambiar los hábitos alimentarios?” no esté bien planteada, porque en realidad a menudo implica cambiar de vida y eso, aunque el pensamiento positivo se empeñe en decir lo contrario, no suele depender de uno mismo. Es como decirles a las clases populares que deben dejar de ser pobres, que deben buscar un trabajo mejor, una mejor vivienda, unos horarios más racionales, comer bien, dormir bien, hacer ejercicio, etc., pero no hacer ningún cambio social para posibilitarlo. Limitarse a decir “Dejen ustedes de ser pobres” no parece una buena estrategia de justicia social.

151 Gracia Arnaiz, Mabel (2011). La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social: Reflexiones sobre programas para combatir la obesidad. *Rev. Fac. Med.* (Méx.), vol. 54, n.º 3. bit.ly/4qg6iLD

152 Gracia M, Comelles JM (eds.) (2007). *No comerás*. Barcelona: Icaria, pp. 89-90.

150 *Ibid.*



Gordofobia

Antes de empezar, nos haremos una autoenmienda al título. Los estudios sobre la gordofobia¹⁵³ han estado desde sus inicios relacionados con las teorías feministas, dado que la opresión a las mujeres se ha visto agravada con dicha gordofobia. Este concepto de “mujer-gorda” como hecho experiencial y opresivo pone de relieve la distinción entre el tipo de experiencia y opresión del hombre etiquetado como “obeso” frente a la mujer etiquetada como “obesa”, que se convierte así en una opresión agravada por dos fenómenos sistémicos imbricados: la gordofobia y el patriarcado. De este modo, **la gordofobia ha sido resignificada como gordafobia**,

llamando la atención sobre la discriminación de las personas gordas cuando, además, son mujeres, habida cuenta de la cosmovisión patriarcal y todo su entramado de relaciones de poder y exclusiones¹⁵⁴.

Podríamos definir la gordafobia como el odio, rechazo, estigma y violencia que sufren las personas gordas por el hecho de estar gordas. La discriminación y opresión sistémica que viven las personas gordas por el mero hecho de habitar un cuerpo no normativo.

Esta violencia se extiende a todos los ámbitos de la vida, impidiendo a las personas que la sufren desarrollarse en igualdad de condiciones con las personas no

153 Piñeyro Bruschi, Magdalena (2020). Guía básica sobre gordofobia: Un paso más hacia una vida libre de violencia. Instituto Canario de Igualdad. Gobierno de Canarias. bit.ly/4rY8bOy

154 Guerrero Salazar, Susana (2020). Léxico e ideología sobre la gordofobia en la comunicación digital. *Círculo de lingüística aplicada a la comunicación*, nº 83 p. 96. bit.ly/4s2QNbC

percibidas como gordas. El taburete de la gordafobia se sustenta en tres patas: la estética, la moral y la salud¹⁵⁵.

El estigma se manifiesta a través de cuatro formas interrelacionadas de discriminación:

- La *discriminación individual* se produce explícitamente en las relaciones interpersonales.
- La *discriminación estructural* funciona de forma sistemática a escala macrosocial (por ejemplo, mediante políticas o prácticas institucionales), afectando a la condición social y a las oportunidades de vida.
- La *discriminación interdisciplinaria* se deriva de los prejuicios asociados a un grupo estigmatizado. Se manifiesta en interacciones interpersonales, dando forma a los comportamientos de individuos estigmatizados y no representados, y crea desigualdades que no siempre son fácilmente identificables.
- Por último, la *discriminación autodirigida*, o el estigma interiorizado, surge cuando los individuos, habiendo sido socializados en un contexto sociocultural particular, internalizan estereotipos negativos y expectativas sociales sobre su condición. Esto puede llevarlos a la autoexclusión de situaciones en las que podría ocurrir discriminación y/o adoptar comportamientos que refuerzan o desafían el estereotipo cultural imperante¹⁵⁶.

En el caso de la gordafobia, se trata de una discriminación que está cimentada sobre prejuicios con respecto a los hábitos, costumbres y salud de las personas gordas, que se nutren de la creencia de que el cuerpo gordo responde a una falta de voluntad o de autocuidado, a no hacer el esfuerzo suficiente para ser delgado, motivo por el cual merece “castigo” o rechazo. Esta perspectiva, que considera que el cuerpo gordo es producto de pere-

za o vagancia, no atiende a los contextos que producen o afectan a los cuerpos, ni a todos los factores que inciden en que una persona sea gorda o flaca, enferme o sane. Las condiciones económicas, culturales, genéticas, educativas y sociales son pues invisibilizadas u obviadas, así como las enfermedades y tratamientos médicos que pueden tener efectos en los cuerpos y en su peso. Del mismo modo, esta visión tampoco tiene en cuenta que la propia gordafobia puede convertirse en un factor que vulnere la salud, pudiendo llegar a ser mucho más dañina para la misma que las consecuencias de estar gorda.

La discriminación gordáfofa, al igual que otras discriminaciones, supone limitaciones en el desarrollo pleno de la vida de quienes la padecen y está tan naturalizada que a menudo pasa desapercibida.

La gordafobia se encarna en personas que sufren acoso en la calle, en el transporte público, en los centros educativos, en el ámbito deportivo; que se encuentran con dificultades para encontrar ropa de su talla, mobiliario en el que quepan; que tienen miedo de ir a la playa y enseñar su cuerpo; y que hasta soportan burlas cuando comparten fotos propias en sus redes sociales. Dondequiera que vayan, se encuentran con una sociedad que las rechaza, estigmatiza y censura, que les insiste en que tener el cuerpo que tienen es su responsabilidad, llenándoles de culpa y vergüenza, provocándoles, en ocasiones, problemas de salud mental como ansiedad, depresión o trastornos de la conducta alimentaria.

Un aspecto que forma parte de la cotidianidad de las personas gordas es la recepción de comentarios respecto a su cuerpo. Como si fueran un buzón, cualquier persona se cree con derecho a depositar en ellas sus opiniones, recomendaciones o dietas; apuntes sobre su subida o bajada de peso, qué deberían o no deberían comer, qué dieta deberían hacer, qué deporte, qué medicamento milagroso deberían tomar o a qué intervención quirúrgica deberían someterse.

Estas acotaciones no solo provienen de personas conocidas o de entornos familiares, también son emitidas por desconocidos en la calle: insultos en el transporte público o desde los coches en marcha; personal de restauran-

155 Castro Fernández, Elena (2025). Gordofobia médica: vivencias, violencias y resistencias. *Investigació i gènere a la Universitat Jaume I* 2024. [bit.ly/3MEXGzu](https://doi.org/10.26434/chemrxiv-2024-3mexg)

156 Link, Bruce G. y Jo C. Phelan (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, vol. 27, pp. 363-385. [bit.ly/4aM3Wzq](https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363)

5. GORDOFOBIAS

tes que dan su opinión con respecto a lo que deberían o no deberían consumir; gritos cuando van corriendo, en bicicleta o realizando cualquier otra actividad física. No es casualidad que algunas personas gordas tengan miedo a salir a la calle, a hacer deporte y a comer en público.

Uno de los elementos en los que más se incide es el peso, en este sentido el canon estético es gordáphobico. **La delgadez constituye una condición ineludible de lo que la sociedad machista define como belleza femenina.** Sin embargo, como hemos ido viendo a lo largo de este texto, esos cánones de belleza son siempre constructos sociales y han ido cambiando a lo largo de la historia en función de la relación existente entre el saber y poder.

Naomi Wolf señala que la actual obsesión social por la delgadez de las mujeres poco tiene que ver con la belleza y mucho con la obediencia que el patriarcado espera de ellas: una cultura obsesionada con la delgadez femenina no está obsesionada con la belleza de las mujeres, está obsesionada con su obediencia¹⁵⁷.

Por otro lado, una sociedad obsesionada con estar delgada es una sociedad obsesionada con no estar gorda, lo que significa que la otra cara de la moneda de la delgadez normativa es la gordafobia, tanto externa (rechazo hacia la gente gorda) como interna (miedo a engordar). No es posible abordar una sin la otra.

Podemos hacer un pequeño resumen de algunas de las consecuencias que sufren las personas debido a la gordafobia:

> Exclusión laboral

En el mundo actual, la imagen se ha convertido en un factor determinante a la hora de conseguir empleo, según José Luis Moreno Pestaña. En su *Informe sobre discriminación corporal en el trabajo*, señala que la discriminación y las exigencias sobre el aspecto físico en el ámbito laboral pueden estar más arraigadas que otras discriminaciones como el sexismo o el racismo, las cuales, además, a diferencia de la discriminación por apariencia física,

cuentan con procesos de investigación y regulación jurídica¹⁵⁸. De cara a evitar una criba por aspecto físico en la selección de personal, algunos países europeos como Francia o Inglaterra instan a no incluir fotografías en sus currículums. Sin embargo, en España esto aún no ha sido propuesto y este tipo de discriminación aún no es tenida en cuenta por la mayoría de sindicatos ni en la normativa antidiscriminación.

En cuanto a la gordafobia, diferentes estudios de universidades de Colombia, Australia, México y España señalan que **el peso es un factor determinante de exclusión laboral: las personas gordas cuentan con menos posibilidades de acceder a un empleo que las delgadas**, además de obtener salarios más bajos cuando son contratadas, en especial si son mujeres, puesto que el mundo laboral, en alianza con el machismo, aumenta las exigencias corporales cuando quien tiene en frente es una mujer.

> Ni deseables ni deseantes

Las personas gordas no son consideradas deseables ni deseantes, por lo que **son expulsadas del marco de los vínculos sexuales y románticos, no solo en la vida real, sino también en el mundo artístico.**

A este respecto, Rachel Wiley, poeta y actriz gorda estadounidense, expresó:

Las representaciones de cuerpos gordos en los medios de comunicación y en la cultura suelen ser escasas y, cuando aparecen, acostumbran tener una carga negativa asociada a los propios prejuicios gordóphobos que la sociedad tiene sobre ellos: torpeza, enfermedad, fealdad, pereza, etc. En resumen, la imagen de las personas gordas oscila entre la invisibilidad y la burla.

Mi profesor de teatro de la universidad una vez me dijo que, pese a mi talento, nunca iba a ser escogida para protagonizar una obra romántica. Realizamos obras donde hay animales que cantan y niños que vuelan,

157 Wolf, Naomi (2020). *El mito de la belleza*. Contintametiendes

158 Moreno Pestaña, José Luis (2020). *Informe sobre la discriminación corporal en el trabajo. Comisiones Obreras de Andalucía*. bit.ly/4rYO1E0

pero al parecer nadie está dispuesto a creer que alguien pueda enamorarse de una chica gorda.

> Gordafobia en el deporte

Uno de los grandes prejuicios respecto a las personas gordas es su consideración como vagas, perezosas e inactivas. En este sentido, **está ampliamente aceptada la idea de que las gordas no hacen deporte ni ningún tipo de actividad física.** Esto no es cierto (¡podemos observar a personas gordas haciendo deporte hasta en los Juegos Olímpicos!), pero además corresponde a un pensamiento gordáfobo dañino que conlleva la exclusión de los cuerpos gordos del ámbito de la actividad física.

Por un lado, porque al lanzar el mensaje de que la actividad física no es “cosa de personas gordas”, estas pueden terminar desconfiando de su propia capacidad de realizarla, asumiendo como interna una limitación que es impuesta de forma externa. Por otro lado, porque se convierte la actividad física en un espacio restrictivo, donde no hay cabida para las corporalidades gordas, implicando burlas y castigo para quienes se atrevan a cruzar la frontera impuesta. Lo curioso de todo esto es que la actividad física es uno de los populares mandatos impuestos para el adelgazamiento. Entonces, ¿espera la sociedad gordáfoba que la gente gorda sea flaca para empezar a hacer deporte?, ¿o espera que, al cruzar la puerta de un gimnasio, adelgace por arte de magia?

> Cultura de la dieta

La conocida como “cultura de la dieta” es definida por Virgie Tovar como: “El resultado entre la multimillonaria industria de las dietas (lo que incluye las aplicaciones de *fitness*, las pastillas sin receta, los medicamentos que suprimen el apetito y se venden solo con prescripción médica, la cirugía bariátrica, los gimnasios y los fabricantes de ropa para gimnasio) y la atmósfera social y cultural que normaliza el control de peso y la intolerancia gordáfoba”¹⁵⁹.

La cultura de la dieta difunde miedo y odio hacia la gordura, mina la autoestima, el amor propio y el placer de comer, mientras se beneficia económicamente de ello. Y, sobre todo, infunde tanto desprecio sobre los cuerpos gordos que, en el camino de cumplir con las metas impuestas por la sociedad gordáfoba, termina siendo el odio y no el amor ni el autocuidado quien nos guía en la toma de decisiones sobre el cuerpo propio.

Por último, las activistas Kirby y Harding, en *La belleza no tiene talla y la salud tampoco*¹⁶⁰, así como la nutricionista Raquel Lobatón, en su ponencia *La salud como justificación a la gordofobia*, señalan evidencias científicas de que **las dietas no funcionan a largo plazo**, que aproximadamente un 90 % de las personas que realizan dietas no logra una pérdida de peso permanente y suele recuperar el peso perdido (incluso a veces más) en un plazo máximo de cinco años, y que acarrearán efectos físicos y psicológicos negativos en distintos niveles (hormonales, de estrés, ansiedad, etc.) que vulneran la salud de quienes las practican. No en vano, un dato importante a tener en cuenta es que el 80 % de los casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria comienza con una dieta (según informes de la Cruz Roja e INSALUM, especialistas en salud mental).

159 Tovar, Virgie (2018). *Tienes derecho a permanecer gorda*. Melusina.

160 Harding, Kat y Marianne Kirby (2010). *La belleza no tiene talla y la salud tampoco: ¡Deja de hacer dieta!* Ediciones B.

La violencia médica

La gordafobia, además de la violencia estética mediante la cual se impone, incluye todas aquellas prácticas, discursos y acciones de burla, marginación, rechazo y generación de estereotipos y prejuicios que implican la obstaculización o vulneración de los derechos de las personas bajo el pretexto de su gordura. Paradójicamente, entre las instituciones que sostienen esa opresión están las relacionadas con la salud¹⁶¹. **El campo biomédico ha sido identificado como un agente central en la construcción y perpetuación de discursos gordafóbicos**¹⁶².

El campo biomédico puede entenderse no sólo como un conjunto de prácticas y técnicas científicas, sino también como una construcción social incrustada en las relaciones de poder, los valores culturales y las normas sociales. Por tanto, **la biomedicina funciona como un sistema que produce y reproduce significados culturales**. En este marco, actúa como productor y reproductor de discursos gordafóbicos.

En los entornos sanitarios, la discriminación contra las personas gordas también puede materializarse en instalaciones y equipos médicos inadecuados, diseñados sin considerar los cuerpos voluminosos. Además, el rechazo y la exclusión pueden manifestarse en las relaciones con los profesionales sanitarios, muchos de los cuales han interiorizado estereotipos negativos con respecto a la gordura. Estos sesgos reducen la empatía hacia los pacientes gordos, comprometen la calidad de la atención y fomentan el pesimismo injustificado sobre los resultados del tratamiento, reforzando en última instancia el sentido de culpa impuesto a las pacientes. Como consecuencia, aquellas personas que experimentan estigmas de peso a menudo tienen peores resultados de salud.

Además, la gordafobia médica contribuye a errores de diagnóstico y puede exacerbar las condiciones de salud cuando los profesionales sanitarios se fijan en el peso en lugar de otros factores de salud relevantes. Finalmente, este ambiente estigmatizador puede disuadir a las personas gordas de buscar ayuda médica¹⁶³.

La gordafobia y violencia médica se manifiestan en prejuicios como que las personas gordas lo son por falta de voluntad para cambiar sus cuerpos, acompañado de la alarma mundial en torno a la obesidad como factor de riesgo para la salud, lo que ha conllevado que en las consultas médicas la norma sea recomendar dietas a las personas gordas como solución a cualquier afección o dolencia que presenten, muchas veces sin indagar en el cuerpo, en los orígenes del malestar, sin tomar en cuenta la voz de la paciente y fallando en los diagnósticos.

En plataformas como STOP Gordofobia se recogen denuncias de personas gordas que fueron a la consulta médica con dolencias, salieron con una receta para bajar de peso con dieta, y tiempo después descubrieron que tenían cálculos renales, biliales, necrosis en huesos, asma, cáncer y hasta embarazos que no fueron descubiertos o diagnosticados a tiempo.

Estas situaciones tienen como consecuencia la puesta en riesgo de la salud de las personas gordas, pero además sientan un precedente por el cual estas desisten de la atención médica cuando presentan algún tipo de malestar, en la medida en que consideran que no van a ser atendidas de forma correcta, retrasándose así, aún más, los diagnósticos y tratamientos pertinentes¹⁶⁴.

En numerosos estudios que recogen testimonios y experiencias de lo que sucede en las consultas médicas se constata que ese ámbito tampoco escapa a la gordafobia. En muchas ocasiones, las personas afectadas relatan no solo el enjuiciamiento moral y la generación de

161 Companioni, Paula (2023). Gordofobia médica: una violencia de la que poco se habla. *Revista Raya*. bit.ly/3XS2QKW

162 Moraes Prata Gaspar, Maria Clara de, Úrsula Verthein y Priscila de Morais Sato (2024): 'Medical Fatphobia Is Not Something We Invent': Weight Stigma in Healthcare Experienced by Women in the Antifatphobia Movement in Brazil and Spain. *Sociology of Health & Illness*, 47(6). bit.ly/3KTpm2X

163 *Ibid.*

164 Piñeyro Bruschi, Magdalena (2020). Guía básica sobre gordofobia: Un paso más hacia una vida libre de violencia. *Instituto Canario de Igualdad. Gobierno de Canarias*. bit.ly/4rY8bOy

sentimientos de culpa sino también que, cuando quien entra por la consulta es una persona gorda, cualquier dolencia que exprese se va a interpretar como derivada de su condición corporal.

Respecto al primer punto, estos testimonios muestran unas prácticas en diversas consultas médicas que incrementan o desencadenan cuadros de ansiedad, depresión o fobia social. Son espacios donde a veces se utiliza un concepto reduccionista de salud para generar, precisamente, problemas de salud a las personas gordas. “En nombre de la salud, se vulnera nuestra salud. Nos encontramos con muchos casos de personas que sufren tanta humillación en las consultas médicas que luego no quieren volver nunca más al médico, aunque lo necesiten”¹⁶⁵.

Respecto a lo segundo, sirvan de ejemplo experiencias como: “cada vez que voy a una consulta médica, salgo con una dieta”¹⁶⁶, sea cual sea el motivo de la consulta. Parece claro que existe un fallo en la concepción integral de la salud, que va más allá del peso y que también incluye tener buena salud mental, buenos vínculos emocionales, una autoestima alta, acceso al empleo, recursos económicos o una vivienda digna. Tener salud requiere de muchas cosas¹⁶⁷.

Un estudio¹⁶⁸ analizó las representaciones y experiencias de obesidad en Cataluña desde dos puntos de vista: el de la profesión médica y otras profesionales sanitarias que diagnostican y tratan la obesidad como una enfermedad; y el de sus pacientes, especialmente la población que se encuentra entre la adolescencia y la primera etapa de la edad adulta. Las conclusiones fueron parecidas: los datos cualitativos demuestran que el creciente re-

chazo social de las personas gordas se puede rastrear no solo en los discursos moralizantes sobre el consumo excesivo de alimentos o en la mercantilización de la esbeltez y la salud, sino también en la relativamente reciente definición de la obesidad como una enfermedad.

La “medicalización de la grasa”, lejos de ayudar a destigmatizar la obesidad, se está convirtiendo en una forma de resignarla en términos morales. **Las pacientes son consideradas víctimas de una sociedad de consumo, pero al mismo tiempo culpables de no seguir las directrices médicas y de salud.** Aunque la familia es asignada habitualmente como la responsable del sobrepeso u obesidad en la infancia, a medida que las personas crecen y se independizan, la culpa se individualiza y las causas ambientales se limitan a una dieta inadecuada y al ejercicio insuficiente.

Sorprendentemente, incluso cuando los profesionales de la salud reconocen el carácter multifactorial de la obesidad, siguen enfatizando los hábitos alimenticios y los comportamientos corporales individuales, prestando poca atención a sus causas estructurales. La mayoría de las narrativas de las jóvenes con problemas de peso reflejan ideas similares sobre las causas y la responsabilidad de la obesidad: aceptan sin apenas reservas la premisa básica de que desviarse de los estándares de peso y las reglas médicas sobre nutrición y ejercicio son acciones voluntarias. Esta aceptación a menudo les lleva a perder la fe en sí mismas. La estigmatización de la obesidad se convierte así en un círculo vicioso: la persona obesa acepta, incluso considera normales, las recriminaciones que se le presentan y, por tanto, se culpa a sí misma de su situación por su incapacidad para prevenirla y actuar sobre ella.

El reconocimiento de cualquier problema como enfermedad normalmente tiende a restar responsabilidad a quien lo padece, pero la medicalización de la obesidad parece empujar en sentido contrario: no está sirviendo para limitar la estigmatización y el trato discriminatorio.

165 Diputación de Granada. Entrevista a Magda Piñeyro: “El cuerpo gordo es visto como un error y un fracaso por la sociedad, y esto hace que se nos castigue y discrimine”. *Igualdad en Granada*. bit.ly/48THsKq

166 *Ibid.*

167 *Ibid.*

168 Gracia-Arnaiz, Mabel (2013). Thou shalt not get fat: Medical representations and self-images of obesity in a Mediterranean society. *Health*, 5, pp. 1180-1189. bit.ly/48Gni7P

5. GORDOFOBIAS

Haciendo a las personas obesas responsables de su condición, el discurso biomédico está alimentando e incluso legitimando la lipofobia¹⁶⁹.

Quizás el mejor resumen de lo expuesto lo hallamos en la serie televisiva *Los Simpson*. En el episodio titulado *El último hombre en expansión* parodia un medicamento para adelgazar (Ozempic), denominado en la serie Othinquic: “Tómalo solo según las indicaciones o como desees.”



En el episodio, Barney va al médico y le diagnostican hiperglucemia, así que le recetan Othinquic. Después de tomarlo, y como maravilloso efecto secundario, adelgaza milagrosamente. Pronto, todos los vecinos descubren el poder del medicamento y empiezan a tomarlo para adelgazar. Todos menos, claro está, Homer Simpson. En la serie el medicamento tiene numerosos efectos secundarios,

entre ellos falta de apetito, pancreatitis, tener que comprar pantalones nuevos, una muerte brutalmente dolorosa, no poder jugar a ser Papá Noel en Navidad, náuseas y que de golpe tu visión se apague y todo se vuelva negro.

Más allá de las licencias narrativas, el caso es que los Simpson parodian a un medicamento real: el Ozempic, de la farmacéutica danesa Novo Nordisk, creado para el tratamiento de la diabetes tipo 2. Tiene además unos efectos secundarios parecidos, como son las náuseas, vómitos y diarrea, pancreatitis aguda, necrosis intestinal, así como el riesgo de ceguera repentina. Aunque sin duda, su “efecto secundario” más famoso es el adelgazamiento. Y, como en la serie, el Ozempic también se está usando para adelgazar. Seguramente sea por este segundo uso por lo que en 2024 ha facturado 16 030 millones de euros, siendo el segundo fármaco en la lista de medicamentos más vendidos. De hecho, ha sufrido varios episodios de desabastecimiento debido a la alta demanda¹⁷⁰.

Pero lo que nos interesa destacar aquí es una de sus últimas campañas publicitarias. En concreto esta:



170 Antolín, Rocío (2025). Ozempic alcanza el segundo lugar en ventas de medicamentos en 2024, con 16.000 millones de euros. *El Economista*. bit.ly/4oXYo8C

169 *Ibid.*

Además de una página web (laverdaddedesupeso.es) donde hay testimonios, podcasts e incluso un par de calculadoras para saber si estás gorda en base a la circunferencia de tu abdomen o tu IMC. La campaña, aparte de Internet y redes sociales, ha expandido su mensaje en la calle con presencia, por ejemplo, en marquesinas de autobús con los mensajes “La obesidad es una enfermedad” y “La obesidad puede matar”.

La verdad es que **es difícil encontrar en una sola campaña de marketing el compendio de todo lo que denuncian los movimientos antigordofobia y que hemos venido enumerando en este texto. Esta campaña lo tiene todo.** Sin ir más lejos, en uno de sus vídeos se nos explica: “Miguel dice que le apasionan los deportes, pero no practica ninguno”. En el anuncio, el protagonista aparece viendo fútbol y comiendo patatas fritas mientras nos comenta: “Lo esencial de la vida es el deporte, yo creo que me gustan todos. Puedo ver partidos... ¡todos los que quieras! Y también acompaño a mi hijo al baloncesto en coche”. Vamos, un vago de manual que tiene lo que se merece. Otro vídeo nos presenta a una mujer que asegura haberse apuntado al gimnasio pero que nunca tiene tiempo para acudir. “Hoy he venido a mirar”, dice mientras desayuna. Después asegura que come “siempre muy sano” mientras enseña un minicroissant. *Otro año que me ha pillado la primavera*, reza el título del vídeo. La imagen no deja lugar a interpretaciones¹⁷¹.



171 Novo Nordisk. Otro año que me ha pillado la primavera. bit.ly/4sfPzdd

En otro se ve a un hombre (el mismo de antes) con un jersey de navidad ajustado mostrando la barriga, diciendo que el médico le había aconsejado no comer tanto dulce mientras se atiborra de turrone y dulces¹⁷². En la descripción leemos “Confía en el azar para que te toque El Gordo, pero con tu salud no te la juegues. Haz que tu propósito de Año Nuevo sea cuidar tu salud. Cardiobasculante.” El juego de palabras con El Gordo de Navidad está muy mal disimulado.

Para empezar, la legalidad de esta campaña es muy discutible. El marco normativo que regula la publicidad de medicamentos prohíbe toda forma de publicidad de los medicamentos que necesiten receta médica (Ozempic, obviamente, es uno de ellos) y el Ministerio de Sanidad ha indicado que esta campaña podría constituir una forma de publicidad indirecta de medicamentos sujetos a prescripción médica, cuya promoción pública, como hemos dicho, está prohibida conforme a la legislación vigente.

Para continuar, se trata de un coqueteo peligroso con la estigmatización y la medicalización extrema de la obesidad, y el reduccionismo de tratar un problema colectivo y multifactorial como si de una decisión individual se tratara. El mensaje que se desprende es: diagnostícate tú y compra este fármaco.

Y, sobre todo, destaca la repetición hasta la saciedad de los tópicos gordafóbicos estigmatizadores: si estás gorda es tu culpa por ser una vaga, por no comer bien, por no saberte controlar, por no esforzarte lo suficiente, porque estás todo el día tumbada en el sofá comiendo patatas fritas. Se trata indudablemente de un “contenido sin filtros”, como encabeza el anuncio, pues desgrana todos y cada uno de los estigmas de la gordafobia.

172 Novo Nordisk. En Navidad también cuidamos nuestra salud. bit.ly/3L2pSfa

Para rematar la jugada, en algunos materiales aparece con el apoyo de, nada más y nada menos, cinco sociedades médicas:

- La Sociedad Española de Obesidad (SEEDO).
- La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).
- La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen).
- La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).
- La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

Violencia estética

Si bien las personas gordas son la principal diana de la gordafobia, esta se extiende a toda la población, especialmente a todas las mujeres, a quienes el machismo impone una brutal exigencia estética generando obsesión por la belleza corporal. Esta gran presión social por mantenerse siempre jóvenes, canónicamente bellas y delgadas, fue denominada por la socióloga Esther Pineda como “violencia estética”¹⁷³.

En el apartado sobre los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) hemos comentado que una mirada interesante es aquella que los ve como otra forma más de violencia de género. Pues lo mismo podemos decir con la gordafobia. Y es que un concepto importante que ayuda a entender la gordafobia (igual que los TCA y la mayor parte de los temas tratados en este informe) es el de la violencia estética.

Tradicionalmente, cuando se aborda la violencia contra la mujer nos centramos en la violencia física, verbal y psicológica, fundamentalmente ejercida por hombres. En todos estos casos es una violencia individualizada, inter-

personal, aunque se entiende que tiene raíces sistémicas en el patriarcado. Pero el mismo concepto de violencia contra las mujeres puede aplicarse cuando es la sociedad quien la ejerce (obviamente, a través de los individuos que la componen) y quizás ahí podemos encontrar formas de violencia poco atendidas y no bien tipificadas, pero que han alcanzado proporciones gigantescas y están afectando a la mayor parte de la población.

En palabras de la socióloga Esther Pineda, **la violencia estética se inicia con la definición arbitraria de modelos y patrones de belleza mediante el imperialismo cultural. Es decir, la violencia estética consiste en la promoción por parte de los medios de comunicación y difusión masiva, la industria de la moda y de la música o el mercado cosmético, de unos cuerpos perfectos, que no son más que cuerpos ficticios, irreales, concebidos como ideales, como patrones a seguir**, lo que provoca que las particularidades físicas de las mujeres reales sean denominadas “imperfecciones” que, de acuerdo con los criterios de belleza reproducidos y transmitidos, necesariamente han de ser intervenidas y suprimidas o, en el mejor de los casos, corregidas¹⁷⁴.

La violencia estética se fundamenta sobre la base de cuatro premisas: el sexismo, la gerontofobia, el racismo y la gordafobia, por lo cual siempre va a exigir a las mujeres feminidad, juventud, blanquitud y delgadez.

La violencia estética hace creer a las mujeres que son ellas y sus cuerpos los que están mal, haciéndoles sentir culpables, haciéndoles sentir vergüenza; diciéndoles que solo hay unos cuerpos válidos y bellos, y que para acercarse a ellos deben modificar sus cuerpos, de lo contrario tendrán que vivir las consecuencias, que son la desvalorización personal y social por no satisfacer esa expectativa de belleza¹⁷⁵.

173 Piñeyro Bruschi, Magdalena (2020). Guía básica sobre gordofobia: Un paso más hacia una vida libre de violencia. *Instituto Canario de Igualdad. Gobierno de Canarias*. bit.ly/4rY8bOy

174 Pineda G, Esther (2015). La violencia estética: una nueva forma de violencia contra la mujer. *World Pulse*. bit.ly/44sDmHG

175 Oropeza Álvarez, Daliri (2022). “La violencia estética le hace creer a las mujeres que ellas y sus cuerpos están mal”: Esther Pineda. *Pie de Página*. bit.ly/3ML51NU

Gordafobia y racialización

Podríamos haber incorporado el apartado sobre racialización en diversos lugares de este estudio, pero hemos decidido hacerlo en el de gordafobia por ser aquí especialmente claro el proceso de interseccionalidad que aparece en el estigma y discriminación de las personas no normativas a nivel corporal.

Existe diversa bibliografía sobre cómo se ha ido construyendo la noción de *lo humano* (blanquitud / heterosexualidad / delgadez, etc.) a partir de una relación binaria y de oposición entre estas categorías y las *otras*. Esta mirada brinda una base histórica desde la cual el activismo puede hacer visible la gordafobia, además de lo explicitado hasta ahora, también como una tecnología colonial eurocéntrica. Durante el proceso histórico se han ido creando discursos que se han encarnado en políticas donde se manifiesta un fuerte nexo entre racismo, sexismo y gordafobia.

Hace no tanto, la delgadez aún no era uno de los ejes identitarios de la blanquitud como ahora. A medida que el capitalismo racial plantacionista se fortalecía, y, por ende, la trata esclavista africana, se produjo la eclosión del racismo antinegro o antiasiático, y fueron apareciendo las nociones de belleza eurocentrada, así como los procesos iniciales de medición de los cuerpos entre los distintos pueblos para justificar una supuesta supremacía blanca. Como hemos visto anteriormente, los primeros esbozos dibujados y estudios “anatómicos” marcaban las diferenciaciones raciales de los científicos naturalistas y suponían una asunción de la corporalidad blanca como el “cuerpo natural”¹⁷⁶.

La racialización, como el patriarcado, afecta a todas las esferas de la actividad humana y, por tanto, también a aspectos como los TCA o la gordafobia.

Tomemos, para empezar, el caso de los TCA, porque, aunque la imagen arquetípica de la persona con estos

trastornos es una joven blanca, la realidad es que la insatisfacción corporal también afecta a las mujeres racializadas.

La imagen corporal se ha estudiado principalmente en mujeres blancas jóvenes y la insatisfacción corporal se ha entendido como la falta de cumplimiento del ideal de belleza de ser delgada, pero esta definición de insatisfacción corporal no capta la globalidad de las experiencias de las mujeres racializadas.

Y es que la presión y el afán por la delgadez suelen considerarse una norma cultural que afecta predominantemente a las mujeres blancas. Por ello, **la mayoría de los estudios e investigaciones sobre trastornos alimentarios no han incluido a mujeres racializadas.** Asimismo, en muchos de los estudios realizados las participantes fueron reclutadas en centros de atención hospitalaria, ambulatoria y entornos universitarios. El reclutamiento en estos lugares a menudo ha excluido a las mujeres racializadas debido a las disparidades causadas por el racismo estructural¹⁷⁷. A pesar de la existencia de un marco teórico claro para examinar el papel del estigma en la insatisfacción corporal, **la literatura sobre la imagen corporal no ha incorporado el pensamiento feminista racializado y se ha centrado en las experiencias de las mujeres blancas.** Las mujeres racializadas siguen estando subrepresentadas en la investigación sobre la imagen corporal, lo que perpetúa la creencia arraigada de que éstas están inmunizadas contra las preocupaciones sobre la imagen corporal y sus efectos perjudiciales en la salud mental y física, cosa que, obviamente, no es así, muy al contrario¹⁷⁸.

Las mujeres racializadas experimentan múltiples niveles de estigma debido a la intersección de característi-

176 Strings, Sabrina (2019). *Fearing the Black Body. The Racial History of Fat Phobia*. Nueva York University Press.

177 Walcott, D. D., Pratt, H. D., & Patel, D. R. (2003). Adolescents and eating disorders: Gender, Racial, Ethnic, Sociocultural, and Socioeconomic Issues. *Journal of Adolescent Research*, nº 18, p. 223. [bit.ly/3KIYnY1](https://doi.org/10.1177/0898010103251111)

178 Boutté, R.L., Johnson, A., Goel, N.J. et al. (2025). Racialized body dissatisfaction in Black women: development of the Black feminist model of body image. *J Eat Disord*, 13, 38. [bit.ly/4pGEGPP](https://doi.org/10.1177/1751276425131111)

cas de identidad marginadas, incluyendo raza y género. Este estigma se encuentra frecuentemente en forma de macro y microagresiones relacionadas con la apariencia¹⁷⁹.

Además, existe un claro infradiagnóstico que hace que muchas mujeres racializadas pueden estar pasando desapercibidas en sus trastornos alimentarios debido a la creencia de que estos se presentan principalmente en mujeres blancas. En un estudio realizado entre profesionales clínicos, se presentó a varios personajes de diferentes razas, pero con las mismas características e historias clínicas. Solo el 16,7 % de los profesionales clínicos diagnosticaron TCA en el personaje afroamericano, frente al 44 % que diagnosticaron estos trastornos en el personaje caucásico¹⁸⁰.

Recordemos que el cuerpo es un elemento crucial para que se pongan en marcha los mecanismos de colonialismo y racialización. El cuerpo siempre está a la vista y tiene una ubicación social. Lo que le ocurre al cuerpo es un símbolo cultural muy apropiado para explorar los vínculos entre el colonialismo y el capitalismo patriarcal.

Esta falta de reconocimiento y diagnóstico puede dificultar que las mujeres racializadas busquen ayuda y tratamiento cuando enfrenten problemas relacionados con la alimentación y la imagen corporal. Puede haber barreras adicionales para acceder a la atención médica adecuada, como la falta de profesionales de la salud culturalmente competentes y los sesgos implícitos que pueden influir en la atención y el tratamiento recibido.

Es fundamental que las personas profesionales de la medicina y la salud sean conscientes de estas disparidades y estereotipos, y se esfuercen por abordarlos mediante una evaluación y atención adecuadas

Además del infradiagnóstico, los estudios e investigaciones actuales¹⁸¹ han comenzado a explorar cómo el racismo estructural influye en la imagen corporal de las mujeres racializadas. **El ideal de belleza femenina se ha definido históricamente por características y valores eurocéntricos, y este estándar ha excluido, en general, a las mujeres con características corporales distintas.** Aspectos como el color de la piel, la textura del cabello o las formas corporales curvilíneas son atributos que separan o marcan a las mujeres no caucásicas como diferentes de sus contrapartes blancas, propiciando la creación de estereotipos y estigmas.

Tradicionalmente ausente en gran parte de la literatura sobre imagen corporal, la otredad de las mujeres negras, asiáticas o latinas (por poner tres ejemplos) debido a su apariencia física ha sido explorada en las teorías de la interseccionalidad. La subordinación de las mujeres racializadas como “las otras” en relación con el patrón privilegiado ha sido una fuente de opresión continua y se mantiene actualmente. Cabe destacar que las imágenes estereotípicas incluyen no solo rasgos de comportamiento, sino también características físicas definitorias que capturan el estigma interseccional basado en la raza, el peso, la clase y el género. En general, estas imágenes dominantes retratan a las *otras mujeres* con diversos atributos (cuidadoras, protectoras, sexualizadas, trabajadoras, etc.), pero en pocos casos como poseedoras de feminidad o belleza. La construcción y el mantenimiento de estos estereotipos desempeñan un papel clave en la jerarquización y discriminación de las mujeres racializadas, y la apariencia física es un aspecto fundamental.

Así, se constata que las mujeres que internalizan y siguen los estándares eurocéntricos de belleza femenina probablemente tengan un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios¹⁸².

179 *Ibid.*

180 Gordon, K. H., Brattole, M. M., Wingate, L. R., & Joiner, T. E. (2006). The impact of client race on clinician detection of eating disorders. *Behavior Therapy*, 37(4), 22, pp. 319– 325.

181 Smith, Deana L., Jayne E. Stake (2009). Appearance Self-Attitudes of African American and European American Women: Media Comparisons and Internalization of Beauty Ideals. *Psychology of Women Quarterly* 33(4), pp.396 – 409. [bit.ly/48THWjD](https://doi.org/10.1016/j.pwq.2009.05.002)

182 Gilbert, S. C. (2003). Eating disorders in women of color. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(4), pp. 444–455.

Se ha evidenciado un proceso de aculturación¹⁸³ mediante la adopción de los ideales de belleza de la cultura dominante. Esta aculturación y la asimilación pueden contribuir a la angustia e insatisfacción que experimentan las mujeres racializadas cuando la cultura dominante tiene una fuerte tendencia a la delgadez. Gran parte de la literatura apoya la idea de que las mujeres negras, por ejemplo, utilizan el cuerpo y la delgadez como una forma de aculturarse o asimilarse a la cultura dominante. Se usa el cuerpo como una forma de aumentar la aceptación social y la movilidad dentro de un contexto social, se asocia la delgadez con la pertenencia y se interioriza que un cuerpo esbelto les otorgará un mayor estatus social¹⁸⁴. Y es que el cuerpo es un símbolo cultural dentro de la sociedad y sus características determinan la posición social de las mujeres racializadas.

También se constata que las mujeres que emigran a un país occidental procedentes de países no occidentales tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en comparación con las mujeres que no emigran¹⁸⁵.

En un interesante estudio¹⁸⁶ basado en entrevistas y análisis de grupos focales a mujeres negras para explorar cómo su identidad racial influía en su imagen corporal, se constató que las mujeres negras a menudo eran criticadas y maltratadas debido a atributos de apariencia física como la textura del cabello, el tono de piel y la forma del cuerpo. Los resultados indicaron que la generalización de los estándares de belleza eurocéntricos

ha resultado en la estigmatización y devaluación de las mujeres negras por su apariencia.

Como resultado, algunas tomaron medidas para modificar su apariencia con el fin de integrarse mejor entre las mujeres blancas, lo que las ayudó en entornos laborales y escolares, pero las llevó a sentir que no estaban siendo auténticas. Otras optaron por aceptar sus diferencias de apariencia, pero se encontraron en desventaja en entornos predominantemente blancos. Se encontraron, por tanto, en un callejón sin salida, lo cual añadió elementos extras a los existentes ya relacionados con los efectos adversos sobre su salud.

Las mujeres racializadas sienten mayor presión por probar una variedad de dietas, adherirse a estándares de belleza impuestos por los arquetipos y variar sus características corporales en un esfuerzo por ser aceptadas en las sociedades receptoras. Estas acciones son producto de un intento de buscar validación y aceptación dentro de un sistema que favorece ciertos tipos de cuerpos y perpetúa desigualdades basadas en género, raza y otros factores de marginalización.

183 La aculturación se entiende como el grado en que las minorías étnicas, en este caso las mujeres racializadas, mantienen su cultura de origen o adoptan la cultura dominante (Cachelin, Phinney, Schug, 2006, p. 341).

184 Cheney, A. M. (2011). 'Most girls want to be skinny': body (dis)satisfaction among ethnically diverse women. *Qualitative Health Research*, 21(10), pp. 1347–1359.

185 Gilbert, S. C. (2003). Eating disorders in women of color. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(4), pp. 444–455.

186 Boutté, R.L., Johnson, A., Goel, N.J. et al. (2025). Racialized body dissatisfaction in Black women: development of the Black feminist model of body image. *J Eat Disord*, 13, 38. [bit.ly/4oUJobi](https://doi.org/10.1002/ed.1234)

Propuestas antigordafóbicas

Recopilamos aquí algunas de las principales propuestas y demandas de los colectivos que trabajan contra la gordafobia:

> *Dejar de alimentar la cultura de la dieta*

> *Hablar de salud integral*

La salud implica mucho más que el peso: también es integración social, autoestima, atención sanitaria de calidad, derecho al empleo y a una vida digna, un medio ambiente libre de contaminación y un largo etcétera. Abordar la salud desde una perspectiva integral que incluya la salud mental y la salud social es primordial, así como dejar de trasladar la culpa a las personas gordas y asumir las responsabilidades sociales respecto al bienestar general de la población.

> *Hablar de alimentación en un sentido amplio*

Es posible hablar de alimentación accesible y saludable para toda la población sin hacer referencia a la gente gorda, o a que el fin de una alimentación saludable sea no engordar (no lo es o no debería serlo). Para ello, es necesario señalar los contextos que posibilitan el acceso a una alimentación de calidad.

> *Señalar las burlas y el bullying gordafóbico*

Es necesario comenzar a señalar y censurar las burlas y los chistes gordafóbicos, así como lidiar contra el bullying escolar dirigido a niños, niñas y adolescentes gordas. La gordafobia no es un juego ni una chiquillada, es discriminación y violencia.

> *Apostar por el deporte inclusivo*

> *Dejar de comentar los cuerpos ajenos*

Esforzarse por no comentar los cuerpos ajenos. No sabemos qué historia hay detrás de cada persona ni qué daño podemos ocasionar con nuestros comentarios.

> *Abandonar la idea de que sabemos todo de alguien solo con mirarlo*

Esta propuesta está relacionada con la anterior: no comentemos los otros cuerpos, pero abandonemos también la idea de que podemos saber todo de una persona solo con echarle un vistazo.

Ya lo dijo la activista Marilyn Wann: “La única cosa que alguien puede diagnosticar con algo de certeza al mirar a una persona gorda es su propio nivel de estereotipos y prejuicios con respecto a la gente gorda”.

> *Visibilizar la diversidad corporal*

Las personas necesitamos sentirnos identificadas de forma positiva con las imágenes que vemos y con las historias que escuchamos.

Incorporar referencias positivas de personas gordas en productos culturales y en medios de difusión y comunicación supone un reconocimiento de su existencia. Invisibilizar al cuerpo gordo no implica que este deje de existir, sin embargo, visibilizarlo sí le ofrece una existencia menos dolorosa.

> *Trabajar por la inclusión social y laboral de las personas gordas*

> *Dar voz al activismo gordo que lucha contra la gordafobia*



El tallaje

Un ejemplo de cómo opera el mercado con el cuerpo es el tema de las tallas de ropa. Aunque, seguramente, no es el factor más determinante entre los que hemos visto, sí que permite analizar algunos aspectos interesantes.

En el año 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró un estudio antropométrico¹⁸⁷ de la población femenina del Estado español: se trataba de tomar una muestra representativa de la población de más de 10 000 mujeres y medir, a través de sistemas de escáner y computación, las características de sus cuerpos. De esta manera **se pretendía saber cómo son los cuerpos reales de la población femenina del Estado y, a partir de ahí, desarrollar un sistema de tallaje en consonancia** y conseguir que los maniqués (tanto de pasarela como de escaparates) sean adecuados y representativos de las dimensiones de la población real.

En una encuesta previa¹⁸⁸ se había constatado que entre el 75 % y el 80 % de las mujeres tenían problemas para encontrar su talla, unos porcentajes que eran más altos en las franjas de 12 a 18 años y de más de 45 años. En el 43,5 % de los casos los problemas procedían de que las tallas disponibles eran por lo general demasiado pequeñas y en el 25,6 % no se ajustaban a sus morfotipos.

Se consideraba en ese momento que “las tallas actuales de la ropa, con modelos definidos antes de 1975, no se adecúan al perfil físico actual de las mujeres en España”. Así que, lo que este estudio pretendía era: “definir la forma y dimensiones del cuerpo de la mujer española y, partiendo de la norma EN 13402-3-2004, desarrollar un sistema de patronaje homogéneo, adaptado a las usuarias, que puedan utilizar todos los diseñadores, fabricantes y distribuidores.”

187 Un estudio antropométrico es aquel que mide y evalúa las dimensiones físicas del cuerpo humano.

188 Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Estudio Antropométrico de la Población Femenina en España. bit.ly/48WsUJY

La norma EN 13402 para la designación de tallas para prendas de vestir es un pliego técnico elaborado por centros probados de normalización. Como toda norma, también la de tallaje consiste en una especificación técnica elaborada y aprobada por un organismo reconocido, a nivel nacional o internacional. En el caso del Estado español dicha función corresponde a la Asociación Española de Normalización (UNE), una asociación privada reconocida en nuestro país como organismo nacional de normalización. Habitualmente, el Comité Europeo de Normalización crea una norma europea (con el código EN) y la UNE se encarga de incorporarla en nuestra legislación, de ahí la nomenclatura UNE EN 13402, que en este caso hace referencia a las tallas de ropa¹⁸⁹. La primera parte de la norma define la lista de dimensiones corporales que serán usadas en la designación de las etiquetas, junto con una explicación anatómica y los lineamientos para su medición. Se basa en las dimensiones del cuerpo en centímetros y tiene en cuenta las siguientes mediciones: circunferencia de la cabeza, cuello, pecho, busto, bajo busto, cintura, caderas, altura, altura interna de la pierna, largo del brazo, circunferencia de la mano, largo del pie y masa corporal.

La segunda parte de la norma define, para cada tipo de prenda, la “dimensión primaria”. Esta es la medida del cuerpo de acuerdo a la cual el producto deberá ser etiquetado. Básicamente se trata de un sistema de etiquetado que toma en consideración tres parámetros: perímetro de busto, cintura y cadera. Pero no todas esas partes del cuerpo se tienen en cuenta para cada prenda. Por ejemplo, para una chaqueta de hombre la norma tiene en cuenta como dimensión primaria el pecho, y como dimensiones secundarias la altura y la cintura. En el caso de una chaqueta de mujer, la dimensión primaria de la norma es el busto y las secundarias la altura y las caderas.

Además de los centímetros, este código europeo basado en números añade un código de letras para las medidas del pecho en hombres y el busto en las mujeres: las tallas XXS, XS, S, M, L, XL, XXL y XXXL.

La Norma UNE-EN 13402-3, por tanto, no contiene dimensiones de prenda, solamente una referencia a las dimensiones corporales.

Esto es lo que dice la Norma, pero ni es obligatoria ni ha sido elaborada por instituciones públicas. Por tanto, el grado de cumplimiento es, cuando menos, relativo. Diversas asociaciones de consumo han ido denunciando en los últimos años el desbarajuste¹⁹⁰ que existe en las tallas de ropa que se encuentran en el mercado, sobre todo teniendo en cuenta que la inmensa mayoría de las prendas se fabrican fuera del territorio europeo.

De hecho, actualmente **en Europa se utilizan varios sistemas diferentes para la designación y el etiquetado de las tallas de ropa.** Ello genera aún más confusión en la persona consumidora. Este caos en el tallaje tiene diversos efectos negativos sobre el consumo y muchos de ellos tienen que ver con el asedio al cuerpo que estamos tratando aquí. Por ejemplo, ¿qué pasa cuando, por culpa del caos en las tallas, alguien que va a comprarse ropa se da cuenta de que “su talla habitual” ahora ya “no le entra”? Lo que seguramente pensará es que ha engordado, difícilmente llegará a la conclusión de que simplemente el tallaje de esa prenda es distinto, aunque sea la misma marca de ropa, en la misma tienda, incluso la misma prenda.

Según datos de la Confederación de Consumidores y Usuarios (CECU), más del 77 % de la población declara no poder utilizar siempre la misma talla, una cifra que llega al 82 % en el caso de las mujeres. Casi la mitad de los usuarios tiene la impresión de que las tallas en los últimos años han tendido a hacerse más pequeñas. La misma talla de pantalón puede variar hasta 10 centímetros de cintura de una tienda a otra¹⁹¹.

190 FACUA (2006). Sanidad rechaza la regulación de las tallas de ropa demandada por FACUA y deja el tema en manos de la autorregulación del sector. *FACUA.org*. bit.ly/4q8xVG2

191 Amayuelas, Celia (2022). ¿Qué está ocurriendo con las tallas? Lo que la industria de la moda no quiere que sepas. *El Español*. bit.ly/3MFzHjG

189 une.org

Debido a todas estas denuncias y a la constatación de que no había ninguna normativa que obligara a unificar las tallas, ni en la Unión Europea ni en España, hace 18 años el Ministerio de Sanidad anunció la firma de un convenio con el 80 % del sector de la confección para “unificar las tallas de la ropa de mujer y promover una imagen física saludable y ajustada a la realidad española”¹⁹². El primer paso consistía en llevar a cabo un estudio antropométrico, como hemos visto al inicio de este apartado, pero el proceso se agotó aquí y no se dieron el resto de pasos.

Uno de los países que intentó avanzar en una ley de tallaje es Argentina. El país suramericano se encontraba en una situación muy parecida a la del Estado español, más del 70 % de la población tenía dificultades para encontrar ropa de su talla¹⁹³. A partir de ahí aparecieron diferentes investigaciones, campañas y acciones por parte de movimientos sociales para denunciar el descontento social en relación con la indumentaria y su impacto en la salud integral de las personas. Se articuló una lucha que tenía que ver con la visibilización de la diversidad de cuerpos y contra la naturalización de tallajes irreales. Que una adolescente fuera a una tienda de ropa y no encontrara su talla era un fenómeno que generaba un malestar social cada vez más evidente. Se propuso una “Ley de Talles” para poner en primer plano los cuerpos normales, no los normativizados por el sistema, porque vestir no es puramente un tema técnico o frívolo, va mucho más allá. Se buscaba dar voz a la sociedad argentina para que se expresara sobre los problemas relacionados con los tallajes. La petición de una ley de tallas puede verse como una lucha contra el odio corporal, pues no encontrar tallas adecuadas cuando se va a comprar ropa

puede actuar como uno de los disparadores para que las personas comiencen a cuestionar y a odiar su cuerpo. La inadecuación de tallas no solo vulneraba un derecho tan importante como vestirse sino también el derecho al bienestar y a la salud.

Igual que en el Estado español, se empezó con un Estudio Antropométrico Nacional Argentino (EAAr), con el objetivo de relevar y definir la forma y las dimensiones actuales propias de los cuerpos de la población argentina. A partir de ahí, se elaboró, aprobó y ratificó la Ley de Talles en 2019 y se reglamentó en 2021. Se trataba de una ley que obligaba a la industria de la confección a confeccionar, comercializar y permitir el acceso a la vestimenta de los ciudadanos y ciudadanas, considerando que la identificación clara de las tallas y la comercialización de prendas para cuerpos reales contribuirían al trato digno de la población. Se aprobó el llamado Sistema Único Normalizado de Identificación de Talles de Indumentaria, un sistema de designación de tallas elaborado “en base al estudio antropométrico realizado, que debía ser utilizado por los fabricantes y comercializadores, para indicar a las y los consumidores, de manera inequívoca, detallada y precisa, las medidas del cuerpo de la persona a la que la prenda está destinada”¹⁹⁴. A finales de 2023 se habían elaborado los primeros bocetos de tablas de tallas con varias opciones. Pero tras el cambio de Gobierno en el país en 2024, la Secretaría de Comercio derogó dicha iniciativa.¹⁹⁵

Hasta aquí hemos intentado señalar algunos aspectos sobre la creación del asedio al cuerpo y algunas de sus consecuencias. Vamos ahora a fijarnos en el otro personaje de la danza corporal: el *business*, pero siempre teniendo en cuenta que son las dos caras inseparables de una misma moneda.

192 Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Acuerdo de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Asociación de Creadores de Moda de España, la Agrupación Española del Género de Punto, la Federación Española de Empresas de la Confección, El Corte Inglés, Cortefiel, Inditex y Mango. bit.ly/4oTT1XG

193 Figueroa, Gimena (2024). Existe una ley, pero más del 70% de los argentinos no consigue talles en locales: por qué está “cajonada” y qué pasa puertas adentro. *El Destape*. bit.ly/4pyiRSk

194 Ley de talles (SUNITI). bit.ly/49cgf6W

195 Ferrari Sánchez, Federico (2024). Ley de talles: estado actual: Una resolución generó preocupación por su continuidad. *L'Officiel*. bit.ly/4aemJTT



6

LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO

Si existiera hipotéticamente alguien que, buscando unas zapatillas para jugar al tenis, no hubiera entrado nunca en un Decathlon y lo hiciera por primera vez, seguramente sufriría palpitaciones. No hace tantos años, en las casas había diversos calzados, entre ellos unas zapatillas. Si en la casa vivían personas aficionadas al deporte, había dos tipos de zapatillas, las de calle y las de deporte. Estas segundas servían para todo: para salir a correr, para pasear por el monte, para jugar al tenis o para pegarle patadas a un balón en un descampado. Lo mismo ocurría con el resto de la ropa que se usaba para hacer deporte: un chándal, algún pantalón corto y camisetas viejas. Eso era todo.

Entrar en una gran superficie del deporte hoy en día provoca cierto mareo: se despliegan miles de tipos prendas de ropa para cada deporte, subdeporte o subsubdeporte; miles de tipos de zapatillas, casi una para cada tipo de persona y de deporte; miles de complementos y accesorios para todas y cada una de las cosas que podemos imaginar, y otras cuantas que nunca hubiéramos imaginado. Nos podríamos preguntar si Decathlon existe porque ahora la gente hace mucho deporte o si la gente hace mucho deporte, justamente, porque existe Decathlon.

Los datos indican la existencia de una auténtica *fiebre deportiva* que no consiste tanto en horas efectivas dedicadas al deporte sino más bien en compras de material deportivo, inscripciones en gimnasios o participaciones en eventos de diversa índole (maratones en cada pueblo o torneos de pádel en cada barrio). **Nos surge entonces la pregunta de qué fue primero: la “sociedad deportiva” o el “capitalismo deportivo”.**

La respuesta, seguramente, es que ambas cosas van juntas. Por diversas razones, se crea una sociedad orientada al culto al cuerpo y, a la par, un mercado de bienes y servicios orientados al cuerpo, que crea, impulsa y retroalimenta dicho culto al cuerpo.

La realidad social de asedio y culto al cuerpo, y su mercantilización son las dos caras de la misma moneda: el culto al cuerpo se crea y se monetiza; se monetiza y se crea, en un vals constante del que es imposible separar una cosa de la otra.

La invención de las dietas

Resulta interesante ver las tres acepciones de la palabra dieta en el diccionario de la RAE:

Conjunto de sustancias que regularmente se ingieren como alimento. Es decir, lo que comemos. Por extensión tendríamos aquello de la dieta mediterránea, la dieta media de un país o de una región, etc.

Régimen que se manda observar a los enfermos o convalecientes en el comer y beber, y, por ext., esta comida y bebida, es decir, el término adquiere tintes medicalizados.

Privación completa de comer, algo así como un sinónimo de ayuno.

Cuando en este apartado hablamos de dieta no nos estamos refiriendo a temas estadísticos (lo que come un grupo poblacional, en promedio), sino más bien a la mirada sobre la comida. En concreto a una mirada que parte de la enfermedad, de que hay que corregir algo que no está bien. Hemos visto a lo largo de este texto la intensa conexión que, en los últimos tiempos, se ha establecido entre la comida y la medicina, planteando que las elecciones alimentarias serían, ante todo, una cuestión de salud o de enfermedad. Ello comporta olvidar las otras dimensiones de la comida, pero, sobre todo, comporta entregar el control de la *normatividad alimentaria* al sector médico y eso tiene sus inconvenientes. Si la salud es la principal fuerza motriz, junto con el precio, a la hora de decidir qué comemos, ello equivale a decir que quien controle el discurso médico sobre la alimentación, controla la alimentación misma.

Por otro lado, al hecho alimentario se le ha añadido otro vínculo poderoso, además de la salud (aunque estrechamente vinculado a ella): la estética. Así se ha formado un triángulo (comida / salud / estética) realmente diabólico para el tema que nos ocupa.

Tal vez sea casualidad, pero el Estado español está en el Top 5 mundial de aquellos países donde la preocupación por la salud alcanza a un mayor porcentaje de la población (un 32 %, siendo la media europea un 27 % y la

mundial un 22 %). Y no solo eso, somos el líder mundial absoluto en el índice de confianza en el sector médico: un 68 %¹⁹⁶. Por lo que sea, nos preocupa mucho la salud (más que al resto) y tenemos una alta confianza en el sector médico. El resultado de esa ecuación, en el contexto de capitalismo actual, puede no ser del todo beneficioso para la población.

Hemos dedicado ya algunos informes a las interferencias de la industria alimentaria en algunas instituciones médicas, dietéticas y nutricionales; también hemos publicado otros estudios sobre los engaños, piruetas y requiebros que realiza esa misma industria por medio de la publicidad, reclamos nutricionales y de salud para presentar sus productos como saludables (aunque no lo sean), aprovechando los resquicios legales o, incluso, saltándoselos.

Es decir, que la contaminación de la noción “salud alimentaria” por intereses espurios vinculados a la industria alimentaria es múltiple.

Aquí vamos a centrarnos en otros aspectos, pero es importante retener que la clave está en esa mirada médica sobre la alimentación, una mirada que no es del todo “limpia”. El hilo que recorre una leche rica en calcio, una dieta detox, un *instagramer* haciendo régimen, la gordafobia o los TCA es el mismo. Diferentes grados de intensidad del discurso, diferentes consecuencias, pero el marco mental es el mismo y ahí es donde, seguramente, haya que incidir.

Por un lado, queremos estar sanas, es lógico, e intentar prevenir la aparición de diversas patologías y para ello hay que “comer bien”, de acuerdo. Por otro lado, tenemos la parte estética, queremos “vernó bien”, perder grasa, reducir volumen, aumentar la masa muscular o tonificarla. “Comer sano” y “vernó sanos”: la ecuación perfecta para la industria del cuerpo. Quien controle los discursos sobre la salud y la belleza vinculados a la alimentación, controlará esta nueva demanda social y,

196 Afepadi (2024). Usos y prácticas de los complementos alimenticios en España. bit.ly/48TtoQR

en consecuencia, venderá sus productos orientándolos a este fin. Empresas y marcas (sea directamente o, sobre todo, a través de mediadores supuestamente independientes, como *influencers*, medios de comunicación o fundaciones de nutrición y salud) que te aseguran salud, bienestar y belleza mediante una disciplina y unos productos. **Pautas para “comer bien, estar bien y sentirte bien”, convirtiendo nuestra preocupación social en dinero contante y sonante.**

Miles de impactos que nos llegan por tierra, mar y aire del estilo: “¡Perdí 10 kilos en tres semanas!, ¿te atreves a intentarlo?”. “Aumenta tu masa muscular de forma fácil con ayuda de...”. “Dieta (inserta el nombre que quieras) para (inserta lo que quieras)”. Es muy difícil no toparse constantemente con estos mensajes u otros más subliminales, **pues el negocio alrededor de este discurso medicalizado de la alimentación y el cuerpo es floreciente y cuantioso.** Lo que no deja de tener su gracia, porque debe ser uno de los pocos negocios que va viento en popa sin necesidad de cumplir lo que prometen, al contrario: las dietas de adelgazamiento, por ejemplo, son el único negocio rentable que cosecha más del 98 % de fracaso en los resultados prometidos¹⁹⁷.

En la actualidad vivimos una relación con la alimentación que nadie habría podido imaginar allá por el siglo XIX, ni tan siquiera durante el siglo XX, al menos durante sus primeros ochenta años. En algún momento reciente, una necesidad básica del ser humano pasó a convertirse en un asunto tan complejo como buscar el sentido de la vida y con el mismo potencial para generar infelicidad. ¿Qué ha pasado?

Estamos en el 26 de agosto de 1862. William Banting pesa 92 kilos y mide 1,67. Por lo que sea, decide cambiar su alimentación. Cuatro semanas más tarde pesa 89 kilos. Pasadas otras diez semanas, su peso es de 83 kilos. Y de 73 kilos poco después. Banting bajó 21 kilos en un año y, con cada kilo que perdía, aumentaba su necesidad de compartirlo con los demás. Decide poner su experiencia por escrito y publica *Carta sobre la corpulencia,*

dirigida al público. El folleto vendió más de 63 000 ejemplares. Fue el primer superventas sobre dietas de nuestra historia¹⁹⁸. Banting tuvo que imprimir una segunda edición, una tercera y una cuarta. Seis ediciones en dos años. El libro desató una oleada de dietas. Se considera a la dieta de Banting como la primera “dieta de moda” en la historia. Como dato curioso (o quizás no tanto): William Banting era sepulturero, como su padre.

En la actualidad diríamos que la “dieta Banting” es una dieta baja en hidratos de carbono, aunque su propio autor no emplea ni una sola vez el término “hidratos de carbono”, claro, en su lugar habla de “tostadas con mantequilla” y “arenques”, para decir que los arenques son buenos y las tostadas con mantequilla son malas.

Hagamos ahora un salto temporal para seguir hablando de dietas. Existió un senador estadounidense llamado George McGovern que fue asesor especial del presidente John F. Kennedy. **Entre sus cometidos estuvo el de dirigir en 1977 un comité del Senado de Estados Unidos encargado de estudiar la relación entre enfermedades y alimentación en el país.** En esa época surgió cierta conciencia social de que algo se estaba haciendo mal con la alimentación. Empezó a hablarse de las enfermedades asociadas al estilo de vida (como la diabetes, los trastornos cardiovasculares o el sobrepeso) y la sobreoferta de alimentos insanos. **La conclusión del estudio fue que las y los estadounidenses comían mucha carne grasa y muy poca verdura. Y que, además, se movían demasiado poco.**

McGovern y su comisión elaboraron una serie de recomendaciones y le dieron el nombre de *Objetivos dietéticos para Estados Unidos*. Entre ellas figuran consejos sencillos como, por ejemplo, comer menos carne.

Conviene saber que McGovern era senador por el estado de Dakota del Sur, que era (y sigue siendo) uno de los estados líderes en la producción de trigo y poseía una de las mayores cabañas de ganado bovino del país.

197 The Eating Disorder Foundation. [eatingdisorderfoundation.org](https://www.eatingdisorderfoundation.org)

198 Keller, Karen (2025). Esclavos de las dietas: ¿cuándo se convirtió la patata en un delito? *El Correo*. [bit.ly/3KN2jqM](https://www.elcorreo.com/3KN2jqM)



McGovern y sus recomendaciones dietéticas tenían pues un problema a la vista... ¡y grande! Así que el senador se apresuró a retirar las recomendaciones alimentarias con el fin de “revisarlas”; cuando volvieron a aparecer unas semanas más tarde, efectivamente habían cambiado algunas cosas, ya no eran tan sencillas y directas como antes. Por ejemplo, ahora se decía que el consumo de carne era recomendable si con él se reducía la ingesta de ácidos grasos saturados, cosa que puede ser cierta a nivel nutricional o no; lo importante es que se estaba produciendo un desplazamiento del discurso hacia “el experto médico”, donde la industria puede maniobrar más a gusto. Este “expolio social del conocimiento”, por llamarlo de alguna manera, es decir, **convertir pautas y mensajes sencillos y entendibles para todo el mundo en discursos extremadamente complejos a los que solamente pueden replicar las “personas expertas”, tiene mucha más importancia de lo que parece a simple vista.**

Un par de años después se publicó un informe de la Academia Nacional de Ciencias dedicado a la alimen-

tación. El contenido del estudio apareció organizado por nutrientes, no por alimentos. Es comprensible: aquel que critique el consumo de carne puede ganarse la animadversión de los ganaderos, pero las proteínas no protestan¹⁹⁹.

Desde entonces, los alimentos se valoran en función de sus nutrientes. Y también desde entonces, la consideración de cada alimento depende de qué nutrientes se consideren sanos o perjudiciales en cada momento, cosa que va cambiando según las épocas. Nació el llamado **nutricionismo**, que podríamos definir como un **paradigma que presupone que son los nutrientes científicamente identificados los que determinan el valor de los distintos alimentos que forman la dieta**. En otras palabras, expresa la idea de que el valor nutricional de la comida es la suma de los valores nutricionales de todos sus nutrientes individuales, vitaminas y otros componentes.

199 Ibid.

Esta concepción no está exenta de críticas, por considerar una mirada sobre la comida y la salud simplista e incluso peligrosa, pero muy adecuada para los intereses comerciales de la industria alimentaria. Un paradigma que, en definitiva, otorga a los nutrientes aislados las virtudes que tienen los alimentos en su conjunto. “El calcio es bueno para los huesos”, “los omega-3 son buenos para tu salud cardiovascular”, “si tomas vitamina C reforzarás tus defensas”, etc. **La alimentación, por tanto, ya no se entiende formada por alimentos sino por ingredientes.**

Frente a ello, existe la mirada alimentaria holística, es decir: que el valor nutricional de la comida es mayor que la suma de sus partes y que la salud (en su mirada más transversal y completa) también va más allá de una simple suma o resta de nutrientes.

Los años ochenta, por ejemplo, fueron los de la lucha contra las grasas saturadas, es decir, las grasas animales: la mantequilla y el tocino, cosas así. Luego llegó la dieta Beverly Hills y la sobredosis de piña. Unos comían solo manzanas; otros, solo uvas; o únicamente sopa de col. Luego surgió la dieta Atkins, la primera que hizo multimillonario a su precursor. Y la dieta South Beach; y la dieta Dukan²⁰⁰.

Durante los años siguientes se trataba de elegir entre una dieta *low carb* o una *low fat*. Luego, se difunde que algunos hidratos de carbono son más saludables que otros y se presentan al mundo las dietas *slow carb*, basadas en los carbohidratos lentos. Luego vendrán las dietas proteínicas, las hiposódicas, las dietas de volumen, las disociadas, las dietas paleo, crudívoras, DASH y así hasta el infinito y más allá.

De la misma manera que, si se analiza la historia cultural de los cuerpos, se observa que el concepto de obesidad (según su acepción y mirada actual) *fue creado* en un determinado momento histórico, ocurre lo mismo con la mirada biomédica sobre la alimentación y la actual proliferación de dietas. Pero, así como con el cuerpo se ha dado una suerte de idealización extrema, borrando la

diversidad real y proyectando un solo tipo de cuerpo deseable, en el caso de las dietas ha ocurrido justo lo contrario: **de proponer como saludable una dieta simple, clara y adaptada al entorno cultural y ecosistémico, se ha pasado a una explosión infinita de dietas variopintas, una galaxia inacabable de recetas para conseguir estar “sano”.**

Cuando se consulta bibliografía sobre los TCA y, especialmente, sobre trastornos como la anorexia o la bulimia, a menudo aparecen, entre las causas que han potenciado su propagación en la población infantil y juvenil femenina, la existencia de contenidos digitales y sitios web que los difunden. Son los llamados contenidos “proAna” o “proBul”.

Pero si se piensa bien, existe una transición lógica entre las webs y contenidos de las mil y una dietas existentes y los proAna o proBul. No son dos cosas tan separadas, no hay un salto sino más bien un *continuum*. Distintos peces, de formas y colores diferentes, pero el acuario es el mismo.

No queremos decir que un *influencer* que se pasa el día recomendando dietas sea igual que uno que promueve la anorexia, ni mucho menos, lo que queremos decir es que forman parte de la misma mirada sobre la alimentación: la biomédica, y que cuando llevas esta a su extremo aparecen estos fenómenos.

En el lado contrario del espectro de “no comer” nos encontramos con las prácticas llamadas *feeders*. Concebida como una patología fetichista, normalmente se define al *feeder* como una persona que encuentra placer sexual dando de comer y engordando a otra persona. Y la contraparte (*feedee*) asume un rol sumiso, no solo lo consiente sino que le produce placer que así sea²⁰¹. Naturalmente, suelen ser hombres los que sobrealimentan y las mujeres las sobrealimentadas.

200 *Ibid.*

201 Carpallo, Silvia C. (2021). “Feeders” o el placer sexual de hacer engordar a tu pareja. *El País*. bit.ly/48Xj9v4

De hecho, si se entra en Wikipedia²⁰², pareciera que la atracción por una persona gorda fuera una desviación, una parafilia eróticosexual que se aparta de la norma. Así, la atracción o excitación sexual hacia las personas con sobrepeso u obesidad se define como fetichismo de gordos o “adipofilia”, y se califica incluso de “subcultura”.

El tema del movimiento *feeder* es, obviamente, más complejo que esto, pero nos sirve de nuevo para entender hasta qué punto la comida y el cuerpo son constructos sociales y que la mirada biomédica es solo una de las muchas que operan. Por lo que, con respecto a las dietas y a la mirada exclusivamente biomédica sobre la alimentación, esta práctica (hacer dieta) ha sido absolutamente naturalizada, aceptada y hasta deseada dentro de nuestra sociedad.

Todo lo anterior se relaciona con la distancia que nuestra sociedad establece entre lo sano y lo enfermo en relación con el cuerpo y la alimentación. Una distancia que se expresa en una diferencia más cuantitativa que cualitativa. Mientras el diagnóstico de anoréxica o bulímica genera un rechazo social amplio y categórico, dietas como la de la manzana, la “detox”, las dietas líquidas o la dieta keto o cetogénica, no sólo son practicadas por muchas mujeres (el factor de género aquí es muy intenso), sino que son promovidas por diversas personas de gran relevancia social y por numerosos medios de comunicación.

Pareciera que no tiene nada que ver una cosa con la otra y que un cuerpo asediado hasta la bulimia no tiene nada que ver con otro asediado con la dieta cetogénica, pero sí hay una relación. La violencia con la que un cuerpo patologizado pierde rápidamente peso no suele vincularse a mensajes tales como “¡Pierde 10 kilos en dos semanas!”, “¡Prepárate para el verano!” u “Operación Bikini en marcha”, pero tal desvinculación sólo es una forma de invisibilizar, naturalizar e interiorizar el asedio contra los cuerpos (especialmente, contra los cuerpos femeninos). Ya sea que estemos frente a un cuerpo supuestamente deseable o frente a un cuerpo catalogado como patológico (enfermo), en cualquiera de los casos la cosificación

desaparece del análisis y la responsabilidad sigue siendo de la mujer que “porta” dicho cuerpo²⁰³.

■ ¿Por qué una parte tan amplia de la población hace, quiere hacer o cree que debería hacer dieta?

Si hay una idea que se repite a lo largo de este texto es que es necesario concebir la alimentación como un fenómeno social integral. Por ello resulta útil comprender cómo ciertas dinámicas sociales han modificado la forma en que nos alimentamos e interpretamos la comida en sí. No somos como comemos, más bien al contrario, comemos como somos.

Como ya hemos comentado, uno de los aspectos que ha cambiado en las últimas décadas es el proceso de medicalización que ha sufrido la cuestión alimentaria, lo que ha llevado a que su percepción se asimile a la ingesta de nutrientes. **Se vive una auténtica obsesión por calcular calorías, gramos de grasa o niveles de vitaminas.** Una medicalización tan intensa del hecho alimentario ha generado, a su vez, una serie de significados sobre la comida que han influido, de manera más o menos directa, en cómo percibimos nuestro cuerpo y nuestra imagen corporal.

Existe un vínculo entre la implantación social de una especie de obsesión por el cálculo de los nutrientes y un canon de imagen corporal irreal e inalcanzable, y de ahí solo hay un paso a la creación de una sociedad obesogénica y lipofóbica. La invención del cuerpo se da la mano con la invención de la dieta y el asedio corporal danza en armonía con el asedio nutricional.

202 Wikipedia. Fetichismo de gordos. bit.ly/4pIK7Oe

203 Lips Larrañaga, Macarena y Aleosha Eridani (2022). “Lo que me nutre, me destruye”. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria como expresiones de la violencia sexual contra las mujeres. *Femeris*, Vol. 8, nº 1, pp. 70-87. bit.ly/3MEL5wj



Si esto es así, es necesario comprender cómo se ha construido este imaginario social y ello empieza, justamente, con esa medicalización (a menudo obsesiva) del hecho alimentario.

Ya hemos comentado que la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud hace referencia, además de a la ausencia de afecciones o enfermedades, a un estado de completo bienestar físico, mental y social. Reducir salud a “comer sano” y hacer más deporte es muy simplista, ya que, entre otras cosas, de todos los determinantes de la salud, solo el 36 % tiene relación con la conducta individual, por lo que el 64 % no se eligen²⁰⁴.

El autocuidado es una tendencia en auge en todo el mundo que impulsa el consumo de productos que hagan “sentirse bien”, lo que incluye un amplio espectro de productos que abarca la salud física, la mental e incluso la social²⁰⁵. En un interesante estudio titulado *The Great Escape: Exploring the Rise of the Joy Economy* (El Gran Escape: explorando el auge de la economía de la alegría),

se nos muestra cómo la industria del escapismo de una vida estresante, sin futuro, nostálgica y ultraaspiracional se ha convertido en el gran negocio actual.

Las personas buscan escapar de todo lo negativo que hay en sus vidas pero no lo hacen a través de las luchas sociales por cambiar sus condiciones materiales, como en el pasado, sino crecientemente a través del consumo. La alimentación, naturalmente, forma parte central de esta dinámica del “autocuidado” de este capitalismo del escape, con el fin de “sentirse bien”. La población cree que una alimentación saludable previene enfermedades (el 96 %), mejora el estado físico (91 %), mejora la imagen (85 %) y mejora el estado de ánimo y la salud mental (86 %). Cuando se pregunta cuál es el principal freno para seguir una dieta saludable, se responde, por este orden:

- Hay que ser muy constante y eso no siempre se consigue.
- Es difícil encajarla en los gustos de toda la familia.
- Es muy caro, los productos saludables son más costosos.
- Se necesita más tiempo (para comprar y cocinar).

204 Goinvo. Determinants of Health. Goinvo.com bit.ly/3XZhBM1

205 Circana. The Great Escape: Exploring the Rise of the Joy Economy. Circana.com. bit.ly/4aTzhQF

6. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO

Respecto a los precios, a pesar de que tres cuartas partes de la población no llega a final de mes, el 65 % indica que hace todo lo posible por comer más sano.

Hablamos al inicio de este texto del salutismo, la última vuelta de tuerca de un sistema clasista, neoliberal e individualista. **La parte del salutismo que afecta a la dieta es el nutricionismo.** Desde este punto de vista podemos aventurarnos a afirmar que dicho nutricionismo, **lejos de constituir una fuente de salud, está convirtiéndose en una ideología que está provocando dolor y angustia.**

La obsesión por los “nutrientes saludables” —es decir, por desagregar los alimentos, dividirlos en nutrientes cada vez más pequeños y atribuirles unas características relacionadas con la salud independientemente de con qué vayan acompañados o cuáles sean tus necesidades o estado metabólico— **abre las puertas a la proliferación de dietas y a la industria de los suplementos alimenticios.**

Una vez creado el marco de este llamado nutricionismo, hay dos grandes actitudes de consumo (más un *bonus track*):

- La primera es la búsqueda casi obsesiva de una especie de pureza nutricional. **De la misma manera que se busca el cuerpo ideal, se busca la dieta ideal basada en alimentos ideales:** lácteos enriquecidos con vitaminas o con cepas exclusivas de microorganismos con sugerentes nombres, productos “sin... (lo que sea)” o con un “contenido reducido... (de lo que sea)”, alimentos enriquecidos “con... (lo que sea)”. **Al mismo tiempo, este comportamiento suele implicar obviar en los estantes de los supermercados aquellos otros alimentos que, de forma original, aportan precisamente dichos elementos.** No es raro conocer a personas que no toman demasiada fruta ni vegetales en general y, que, sin embargo, incorporan alimentos llamados “funcionales”, llenos de vitaminas, minerales, fibra y sin grasas saturadas.
- La segunda actitud frente al nutricionismo consiste en **atiborrarse de suplementos nutricionales que son “sanos y buenos” para el cuerpo.** Pero tomar

mucho de algo, aunque inicialmente pueda ser necesario o positivo, no tiene por qué aportar ningún beneficio. Es más, puede que acabe incluso resultando perjudicial.

- El *bonus track* en todo esto son las dietas con nombres cada vez más exóticos.

“Alimentos tuneados”, suplementos nutricionales y dietas variopintas son pues la consecuencia directa del nutricionismo.

■ Los “alimentos tuneados”

Entre el 25 % y el 30 % de los nuevos productos de alimentación que salen al mercado tienen como eslogan prioritario la salud²⁰⁶. Pero, ¿qué es una alimentación saludable? Para la gente es una mezcla de cosas:

- **En primer lugar, tenemos los alimentos naturales o, lo que es lo mismo, poco procesados.** Los alimentos frescos se perciben como más saludables que los procesados. Vale, pero **el problema para la industria alimentaria es que esto podría conllevar quedarse sin negocio, por lo que hay que vender sus productos procesados como naturales.**
- **En segundo lugar, se encuentran lo que podríamos llamar alimentos funcionales o “tuneados”, que, curiosamente, son casi siempre más procesados que sus equivalentes convencionales.** Aquí entra una amplia categoría de productos, desde aquellos a los que han quitado cosas malas (grasas, azúcares, sales, etc.) a los que se les han añadido cosas buenas (vitaminas, minerales, proteínas, fibras, grasas como el omega 3 o sucedáneos de alimentos que suenan sano: frutos secos, aceite de oliva o fruta, por poner algunos ejemplos).

Ya hemos analizado en profundidad este tipo de alimentos “tuneados” (funcionales) en nuestro informe *Mentira*

206 Navas, Noemi (2024). El negocio de comer saludable. *La Vanguardia*. bit.ly/491fmgj



*Podrida*²⁰⁷, por lo que aquí nos limitaremos a recordar que, como norma general, **los alimentos “no funcionales” tienen muchísimas más propiedades saludables que los funcionales**. Es decir, que un puñado de nueces tiene mucho más omega 3 que las leches enriquecidas que encontramos en el supermercado o que un plátano tiene muchísima más vitamina B6 que “ayudan a tus defensas” que la bebida láctea enriquecida más vendida en el Estado español. Porque una cosa es un ingrediente beneficioso y otra un alimento. Y no consumimos ingredientes aislados, sino que consumimos el alimento entero.

Los alimentos tuneados son un negocio descomunal. En 2022, facturaron casi 160 000 millones de euros y se prevé que en 2026 alcancen la friolera de 200 000 millones de euros²⁰⁸.

No obstante, este tipo de alimentos son ya casi “viejos conocidos”, ahora están desembarcando otros que están arrasando. Nos referimos a los llamados “complementos alimenticios” y otros productos que, según su definición, estarían “destinados a satisfacer necesidades nutricionales especiales”. Vamos a verlos.

■ Los complementos alimenticios y los “alimentos dietéticos”

Intentar entender los diferentes tipos de productos incluidos bajo la etiqueta de “complementos alimenticios” y “destinados a satisfacer necesidades nutricionales especiales”, así como el marco normativo aplicable en cada caso, es una tarea titánica.

Se trata de un gigantesco cajón de sastre donde se entremezclan cosas como las cápsulas de magnesio, las barritas “para adelgazar”, los batidos proteínicos para “deportistas” o la alimentación para lactantes. Este enorme

207 Justicia Alimentaria (2015). *Mentira podrida: Breve repaso a la alimentación charlatana*. bit.ly/4oZTyYp

208 Research and Markets (2025). *Functional Foods Global Market Report 2025*. Research and Markets. bit.ly/450jRGC

6. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO

embrollo (tanto a nivel normativo como, sobre todo, a nivel de consumo) se complica aún más porque a todos ellos se les suman muchos de los alimentos funcionales: alimentos, llamémosles convencionales, pero enriquecidos con algo o a los que se les ha quitado algo (sal, grasa, azúcar, energía, etc.), de los que ya hemos hablado, así como complementos alimenticios (la carnitina, por nombrar uno muy famoso).

Para intentar aclararnos un poco: tenemos los alimentos frescos no procesados, los procesados convencionales y, a partir de ahí, una galaxia infinita de alimentos y “complementos” con regulaciones y características diferentes. Aunque no sea el término oficial, en este texto vamos a referirnos a ellos como “alimentos dietéticos” o “productos dietéticos” (que era uno de los términos existentes antes de la última reforma normativa), pues creemos que expresan mejor lo que son.

Y es que la definición oficial no ayuda a entender mucho qué son. Según la normativa vigente, los “productos alimenticios destinados a una alimentación especial” son aquellos que, por su naturaleza o proceso de fabricación, son apropiados para satisfacer el objetivo nutricional especial al que están destinados²⁰⁹.

El propio informe *Alimentación en España*, de Mercasa²¹⁰ reconoce que la diferenciación entre algunos alimentos funcionales o “tuneados” y estos otros productos es difusa, pese a lo cual se considera que están facturando anualmente unos 2 000 millones de euros, cifra que crece año a año²¹¹. Se venden en farmacias (63 %),

en herbolarios y tiendas dietéticas (23 %) y por Internet, aunque pueden hallarse en todos lados, como por ejemplo en las grandes superficies (en la gran distribución organizada se han vendido alrededor de 9 000 toneladas de alimentos para mantener la línea²¹²).

El 51 % de las personas que se inician en el consumo de este tipo de productos en nuestro Estado lo hace siguiendo las recomendaciones de una persona profesional de la medicina o la nutrición, mientras un 37 % aseguran seguir indicaciones de personal farmacéutico. **La intensidad con que nos bombardean con nuevos productos es abrumadora:** más de 300 novedades anuales. Un 78 % de la población ha consumido algún producto de este tipo en el último año y un 72 % dice hacerlo por salud²¹³.

Según los fabricantes (normalmente más orientados a la acción y la practicidad que las normativas públicas), **este tipo de productos se dividen en tres grandes grupos: complementos alimenticios, alimentos para personas deportistas y productos para el control de peso.**

► Complementos alimenticios

En términos legales se definen como “productos alimenticios cuyo fin sea complementar la dieta normal y consistentes en fuentes concentradas de nutrientes o de otras sustancias que tengan un efecto nutricional o fisiológico, en forma simple o combinada, comercializado en forma dosificada, es decir cápsulas, pastillas, tabletas, píldoras y otras formas similares, bolsitas de polvos, ampollas de líquido, botellas con cuentagotas y otras formas similares de líquidos y polvos que deben tomarse en pequeñas cantidades unitarias”²¹⁴.

209 Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (1991). Real Decreto 1809/1991, de 13 de diciembre, por la que se modifica la Reglamentación Técnico-Sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de preparados alimenticios para regímenes dietéticos y/o especiales, aprobada por el Real Decreto 2685/1976, de 16 de octubre. *BOE* núm. 308, pp. 41511-41513. bit.ly/3MCaNI3

210 Sanz de la Torre, Ataúlfo, Víctor J. Martín Cerdeño y Julio Fernández Angulo (2024/2025) *Alimentación en España: Producción, industria, distribución y consumo*. Mercasa. bit.ly/4q6J765

211 Federación Española de Industrias de Alimentación y Bebidas (2024). El sector de los complementos alimenticios en España a examen. bit.ly/4aRrwL6

212 NutraSalud (2018). Informe Mercasa: crecen las ventas de dietéticos un 7 % y los funcionales hasta un 3,8 %. bit.ly/491IHbB

213 Afepadi (2023). Memoria anual 2023. bit.ly/4aPU5IO

214 Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1487/2009, de 26 de septiembre, relativo a los complementos alimenticios. *BOE* n° 244, pp. 85 370-85 378. bit.ly/3XXJILv

Podemos encontrar aquí prácticamente todo lo imaginable: vitaminas, minerales, ingredientes de plantas, omega 3, própolis, aminoácidos, proteínas, probióticos y un largo etcétera.

El Reglamento que regula estas sustancias (básicamente, un listado con las sustancias permitidas) es el Real Decreto 130/2018, de 16 de marzo²¹⁵, relativo a los complementos alimenticios. El mismo RD nos dice que “el mercado europeo de los complementos alimenticios compuestos por sustancias distintas a las vitaminas y minerales es muy heterogéneo, tanto en lo relativo a las sustancias utilizadas en los mismos como a la situación normativa, de un Estado miembro a otro. Se estima que en la actualidad se están utilizando en la Unión Europea más de cuatrocientas sustancias distintas de las vitaminas y los minerales en la fabricación de complementos alimenticios”.

Prácticamente todos ellos llevan asociados uno o diversos reclamos sobre salud o nutrición que deberían cumplir escrupulosamente con la legislación sobre estas declaraciones²¹⁶. Ahora veremos que no suelen cumplirla.

De la población que declara consumir complementos alimenticios, un 70,9 % lo hace con el objetivo de mejorar su estado de salud en general, argumento más utilizado por hombres que por mujeres. Le siguen objetivos como tener más energía o reducir la fatiga y el cansancio, con un 35 %, y ayudar al “funcionamiento normal” de huesos, cartílagos y músculos, con un 34 %. Aunque los complementos alimenticios no previenen, no tratan ni curan ninguna enfermedad, un 28 % de los consumidores afirma utilizarlos justamente para tratarse dolencias (osteoporosis, artritis, asma, problemas gastrointestinales,

etc.), mientras que un 18 % indica que los utiliza para su prevención. O sea que prácticamente la mitad de las personas que usan los complementos alimenticios lo hacen erróneamente.

Además, un 26 % informa que utiliza los complementos alimenticios para mejorar el funcionamiento del sistema inmunitario, un 23 % responde que los utiliza para mejorar la calidad del sueño y un 16 % para mejorar el rendimiento deportivo. Los complejos de vitaminas y minerales son los más consumidos, seguidos por aceites ricos en omega-3, aceites de onagra, de lino o de frutos secos, probióticos y complementos con extractos de plantas²¹⁷.

► Productos dietéticos destinados a personas deportistas

No disponen aún de una regulación específica a nivel europeo ni estatal. En teoría sirven para complementar la dieta de aquellas personas que están sometidas a un intenso desgaste físico por la práctica del deporte.

En el grupo del 19 % de la población que consume alimentos destinados a deportistas, son significativamente más comunes los hombres, de la franja de edad 18-45 años y con estudios universitarios, que consideran su peso y su salud muy o bastante adecuada, y que, además, están a dieta. Las barritas energéticas, los preparados de proteínas (sueros, batidos, etc.), junto con las bebidas especiales para deportistas y la cafeína, son los productos más consumidos, por un 15 % y un 13 % de la población, respectivamente.

Son consumidos principalmente por tres razones: con el objetivo general de mejorar el rendimiento deportivo (55 %), reponer energía y nutrientes (54 %) y mejorar el estado de salud en general (54 %). A cierta distancia, le sigue el objetivo de aumentar la masa muscular (31 %). Las mujeres refieren con mayor frecuencia consumir estos productos también para mejorar el control de peso

215 Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 130/2018, de 16 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1487/2009, de 26 de septiembre, relativo a los complementos Alimenticios. BOE, nº 75, Sec. I, pp.33 335-33 342. bit.ly/3KZtjTM

216 Unión Europea. Declaraciones nutricionales y sobre la salud. YourEurope. bit.ly/4iZzXG8

217 Federación Española de Industrias de Alimentación y Bebidas (2024). El sector de los complementos alimenticios en España a examen. bit.ly/3KLkHAj

6. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO



© drobotdean / Freepik.com

(24 % frente al 14 % en la población masculina), mientras que los hombres creen en mayor medida que la energía y los nutrientes de sus dietas no son suficientes (16 %) ²¹⁸.

Naturalmente, es un mercado que está experimentando un tremendo *boom*: a escala europea se estima que seguirá creciendo a un ritmo del 8,4 % entre 2024 y 2029 ²¹⁹.

De todos los productos que entran en esta categoría vamos a detenernos un momento en uno de ellos: los batidos de proteínas.

Si nos paseamos por alguna de las redes sociales, especialmente Instagram y Tik Tok, veremos a miles de *influencers* que dedican horas a muscularse, y a publicar innumerables *posts* y *reels* sobre “moldeado corporal”. Se

exhiben en gimnasios, recomiendan ejercicios, dan recetas de galletas de chocolate sin chocolate, ofrecen dietas para pérdida de grasa, para perfilar musculatura, para ganar masa muscular, etc. Y basta con seguirlos un poco para darse cuenta de que uno de los productos que están bebiendo a todas horas son los batidos de proteínas.

Un suplemento de un nutriente, en teoría, es aquel que se toma para paliar un déficit de dicho nutriente. Un suplemento en proteínas debería ser, por tanto, algo que se toma porque faltan proteínas. La ruta correcta sería: 1º. determinar que nos faltan proteínas, 2º. determinar qué proteínas nos faltan, 3º. suplementar nuestra dieta con estas proteínas. **En principio, consumir suplementos de proteínas debería partir de una recomendación médica porque se ha detectado un déficit proteínico.**

Pero, obviamente la cosa no funciona así, sino más bien de esta otra manera: si voy al gimnasio, me tengo que tomar un batido de proteínas. Punto final. Incluso sin ir al gimnasio, igual si tomo mis batidos de proteínas tendré más músculos. El uso de estos suplementos

²¹⁸ *Ibid.*

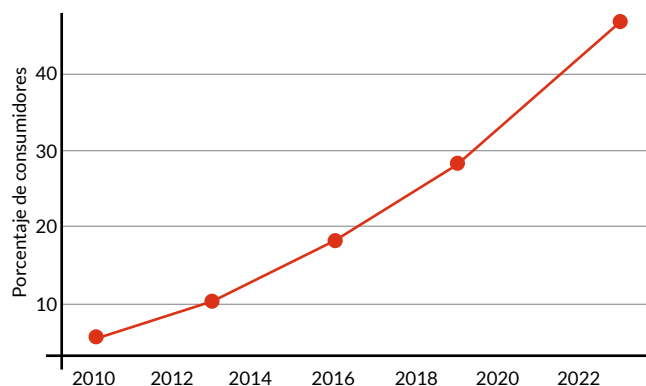
²¹⁹ Trades. Tendencias en Nutrición Deportiva: 7 claves del crecimiento en el mercado europeo. bit.ly/3YwwENk

en deportistas no profesionales suele ser por razones vinculadas con su insatisfacción corporal como primer motivo, ya que lo usan para “ganar músculo” y/o “perder peso”²²⁰. Seguramente no hace falta haber hecho un máster en nutrición deportiva para saber que un suplemento nunca va a sustituir a una buena alimentación, ni a un buen entrenamiento, ni a un buen descanso. El mejor suplemento proteínico (excepto si vas para medallista olímpico/a) es una buena dieta. Comer pescado, huevos, lácteos, legumbres, algunos cereales y algo de carne, son excelentes fuentes de proteínas naturales y de alto valor biológico. Y es que, en la inmensa mayoría de casos, la proteína que necesitamos la podemos obtener mediante dietas convencionales.

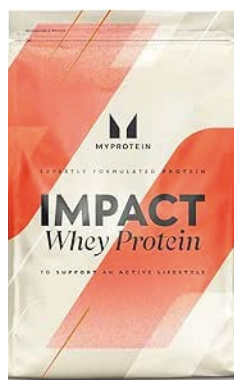
Pero, por desgracia, muchos aspectos de la vida actual se están alejando a marchas forzadas del sentido común. En el caso de los suplementos proteínicos de los “deportistas amateurs”, lo más habitual es que sean poco útiles (por no decir nada útiles) con respecto a su ideal de bíceps abultados, pectorales turgentes y abdomen como una tableta de chocolate. Pero es que además, en muchas ocasiones, **tomarlos porque lo recomienda tu influencer de referencia, en las dosis y marcas que recomienda, puede tener efectos adversos** como mareos, insomnio, diarrea o dolor con inflamación abdominal, e incluso a largo plazo podríamos encontrarnos con problemas renales (por la sobrecarga proteínica) y de osteoporosis (por descalcificación ósea)²²¹.

Algunos informes indican que la evolución del consumo de suplementos proteínicos en polvo en el Estado español es meteórica²²²:

Gráfico 6. Evolución del consumo de suplementos de proteínas en polvo en España (2020-2025)



El producto proteínico estrella que vemos en las rutinas mañaneras de los y las *influencers* dedicadas a “una vida saludable” es el suero de leche en formato de polvo que se rehidrata, conocido entre los que frecuentan estos barrios como la proteína WHEY. Uno de los principales canales de compra es Internet y las ventas en línea de estos productos se han disparado un 70,1 % en los últimos tres años²²³.



Una de las marcas líderes de este tipo de productos (y de otros orientados a la “nutrición deportiva”) es MyProtein. Además de diversos y variados suplementos proteínicos, nos ofrece también suplementos energéticos, aminoácidos, productos para el peso (para ganarlo, para perderlo, para hacer dieta, para sustituir a las comidas), creatinas, vitaminas,

ropa, consejos de expertos, dietas, recetas... además de patrocinar a decenas de *influencers* dedicados al culturismo. **Pertenece al holding The Hut Group (con sede en el Reino Unido), que además de su división de nutrición**

220 Quirón Salud (2024). Suplementos de proteínas, ¿qué sabemos de ellos? bit.ly/4oXwWb2

221 *Ibid.*

222 Escuela de Ingeniería y Arquitectura, Universidad de Zaragoza (2024). Introducción, investigación y estudio de mercado. bit.ly/4qhSXct

223 Interempresas (2024). La facturación de la industria de proteínas crece un 17,6 % en 2023. bit.ly/3KOtKAs

6. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO

deportiva, tiene otra división de belleza y cuidados corporales y otra de facilitación de comercio electrónico para otras marcas.

Además de los productos específicos como “suplemento deportivo”, la asociación entre proteína/salud ha trascendido ese ámbito. Como hemos ido viendo a lo largo de este informe, existe un *continuum* entre productos supuestamente específicos para un determinado grupo de población y la dieta general. **Una vez instalado y potenciado el marco de que incrementar la cantidad de proteína en la dieta “es positivo”, la industria alimentaria digamos que generalista, empieza a ofrecer grandes cantidades y referencias de productos alimentarios “convencionales”, pero con un extra de proteína y, naturalmente, los compramos. ¿Por qué? No lo sabemos bien; porque son buenos para la salud, imaginamos.**

Así, si nos paseamos entre los estantes de un supermercado encontraremos yogures, batidos, galletas, panes de todo tipo o cereales enriquecidos con proteínas. **Cada vez más fabricantes y supermercados ofrecen este tipo de productos con alto contenido en proteína, en su mayoría destinado a la población general.**



Prácticamente toda marca alimentaria tiene ya su línea alta en proteínas. **Leche Pascual tiene Dinamic Protein**, que se lanzó para “democratizar la proteína entre un *target* mucho más amplio de la población como complemento a su bienestar físico y su actividad diaria”²²⁴. Son productos que van desde la leche sin lactosa hasta diversos batidos enriquecidos. La idea es dirigirse “a las personas consumidoras que practican el ‘bienestar holístico’” para que puedan “disfrutar de un estilo de vida equilibrado, saludable y ac-

tivo”. Muchas otras empresas actúan de forma similar: Burgo de Arias y su línea Protein Plus; Danone y su YoPRO; pasando por gelatinas del Dr Oetker; mueslis y cereales de Kellogg; leches de Alpro altas en proteínas; marcas blancas de supermercados como Lidl, Mercadona, Carrefour, etc. Lo alto en proteína ha invadido la oferta alimentaria.



YoPRO es la línea ultraproteínica de Danone que asocia su imagen al deporte y, como en la mayoría de estos productos, usa de manera intensiva el *marketing* digital y el mundo *influencer*. También asocia su imagen al deporte profesional de alta competición a través de atletas como Ana Peleteiro, bronce en la competición de Tokio 2020 en triple salto; Sara Andrés, campeona en velocidad y salto de longitud en Rio 2016; Hugo González, campeón mundial de 2024 en natación; o Joel Plata, bronce en el Campeonato Europeo de Gimnasia

Artística de 2022. La idea de este tipo de anuncios es resaltar la importancia de la “resiliencia y la superación en el camino de los deportistas profesionales gracias a la proteína de alta calidad”²²⁵. En realidad, este tipo de *marketing* evoca muchas cosas que hemos venido comentando hasta ahora, te viene a decir: tú puedes ser como Ana Peleteiro tomando YoPRO como ella, usando lo que ella usa en su día a día, desde ropa, dietas, tipos de ejercicios, suplementos nutricionales, etc.

224 Pascual (2024). Pascual revoluciona el mercado de proteína con la nueva marca Dinamic Protein. bit.ly/4p3p085

225 Control Publicidad (2024). YoPRO lanza un documental sobre cuatro deportistas de élite. bit.ly/4p2xFrt

En su web existe un apartado de “Preguntas frecuentes” que resultan muy ilustrativas de los que estamos diciendo:

¿Es recomendable beber un YoPRO al día?

Sí, no hay ningún problema. Es recomendable que cada persona tenga una ingesta de proteína adecuada a su condición y necesidades en función de su actividad. YoPRO contiene proteína natural puesto que su origen es la leche de vaca.

Primero se responde que sí es recomendable tomarse ese producto cada día, y luego se matiza que cada persona debe consumir una cantidad de proteína adecuada, pero dicho matiz pasa ya a un segundo plano tras la rotunda afirmación inicial.

¿Cuántos YoPRO se recomiendan a la semana para no pasarnos de proteína?

La cantidad de proteína dependerá del peso, de la actividad física y de los objetivos de cada uno. Se recomienda que la ingesta de proteína sea continuada a lo largo del día puesto que el cuerpo solo es capaz de asimilar unos 25 g de proteína por ingesta. Así que no hay una cantidad máxima, simplemente ten en cuenta que no deberías ingerir más de 30 g de proteína por comida ya que tu cuerpo no los absorberá. Normalmente en las comidas y cenas ingerimos más proteína, pero en el desayuno y entre horas es importante ingerir alimentos que nos den esos 15-25 g de proteína recomendables.

No hemos podido identificar quién avala todas estas recomendaciones, más allá de la misma empresa que fabrica el producto.

Si se busca información al respecto en Internet, no de personas individuales sino de revistas, publicaciones deportivas, prensa generalista, webs y blogs especializados, etc., nos vamos a encontrar, literalmente, con cualquier cosa. La cantidad máxima de proteína que puede asimilar el cuerpo humano puede ser: 10 gramos por ingesta, 15, 20, 28, 30, 40 o toda la que quieras. Si se busca información académica sobre cuánta proteína necesitamos, también se puede encontrar prácticamen-

te de todo, pero en general la respuesta más habitual es: “depende”, depende de cada persona y de sus características metabólicas.

Lo problemático es que se puedan hacer afirmaciones como estas en la web oficial de un suplemento alimenticio y que eso es, con suerte, lo más que va a consultar la persona consumidora. **La falta de regulación pública es lo que tiene: que entonces quienes regulan son los intereses privados.**

Danone, además de YoPRO, es también propietaria de Alpro. El catálogo de Alpro está compuesto por 42 referencias que incluyen bebidas vegetales, alternativas vegetales al yogur y postres con base de ingredientes naturales como avena, soja, almendras o coco. Naturalmente, también tiene productos altos o ricos en proteína.

En el caso de Leche Pascual y su línea Dinamic Protein, se insiste aún con menos rodeos en la idea de que los productos enriquecidos con proteína son útiles para todo el mundo, no solo para deportistas. En su web podemos ver en el frontal y a todo color: “Las proteínas son para todos. Tú, que caminas al trabajo, subes escaleras, encadenas reuniones y aún juegas con tus hijos después del pádel, ¡eres deportista! Las proteínas son clave para que tus músculos sigan al 100 % y disfrutes de tu vida activa al máximo”. Porque (se nos dice) “Vivir es un deporte maravilloso”.

Lemas como “Las proteínas son para todos” y “Las proteínas son para cualquier momento” inundan su web.

Si uno lee cuáles son los beneficios de estos productos proteínicos, se nos dice que son antioxidantes, que ayudan a reducir el cansancio y la fatiga, que mejoran la concentración, que aportan energía y salud muscular, que mantienen la salud de tus huesos o que cuidan la piel. Podemos debatir hasta qué punto es cierto o no, pero lo que difícilmente es discutible es que ninguna de todas esas mejoras se logra gracias a las proteínas extras. Se deben en todo caso, principalmente, a la incorporación de zinc, magnesio, calcio y vitaminas B12 y B6.

También el grupo Pascual entiende que las personas tienen dudas con estos productos y, de nuevo, a falta de directrices públicas claras, la misma empresa nos ofrece sus respuestas. Si nos vamos al apartado de “preguntas frecuentes”²²⁶, podemos leer:

¿Qué pasa si tomo mucha proteína?

No hay suficiente evidencia de que una dieta alta en proteínas sea perjudicial en sujetos sanos. Hay estudios que analizan consumos de más de 3 gramos de proteína por kg de peso corporal y no encontraron daños significativos. La principal conclusión es que el consumo de proteína viene determinado por la alimentación de cada persona en líneas generales, y no hay una cifra completamente exacta en el caso de los deportistas, ya sean futbolistas, maratonianos o usuarios del gimnasio.

Lo más adecuado es seguir las recomendaciones para llevar una dieta sana, tomar suficientes frutas y verduras y aprovechar los distintos rangos de proteína que podemos consumir para evaluar lo que mejor nos funciona en nuestro propósito individual.

Incluso ofrecen una calculadora de proteínas, para que puedas saber cuántas necesitas²²⁷.

Lo primero que deberíamos preguntarnos es si existe realmente un déficit de proteínas en la dieta media de la población del Estado español y la respuesta es que no, al contrario. La recomendación oficial más extendida²²⁸ es de 0,83 gramos de proteínas al día por kilo de peso vivo, lo que da una cifra para la población adulta de aproximadamente 60 g/día; evidentemente, hay diferencias no solo por peso, también por sexo, edad, estado de salud, etc., pero para el caso que nos ocupa nos sirve esa cifra media. Los estudios de valoración de consumo de nutrientes en nuestra dieta indican que estamos por

encima, y en algunos casos muy por encima, de las recomendaciones. Así, el estudio ANIBES²²⁹ más reciente sobre este tema concluye que: **“La ingesta media de proteínas de la población española está muy por encima de los límites superiores recomendados”**. La ingesta media diaria de proteínas en la población es de 74,5 g/día (hombres: 80,3 g/día; mujeres: 68,5 g/día). Pero el 30 % de la población está excediendo el consumo máximo recomendado de proteínas.

Es decir, en términos medios no solo no hay un déficit proteínico en la dieta de la población general, sino que de hecho hay un exceso. La moda de los alimentos ricos en proteína, en esta situación, además de no tener razón de ser puede suponer un riesgo, ya que supone añadir aún más proteína a una situación de exceso basal.

De acuerdo con la normativa española, se considera que un alimento puede denominarse como “con alto contenido de proteínas” cuando estas supongan al menos el 20 % de su valor en calorías. En cambio, si indica solo “fuente de proteínas” deberá contener un mínimo del 12 %²³⁰.

Mercadona también tiene su línea “alta en proteína” y hay que reconocer que, en cuanto a su nombre, no se han complicado la vida: +Proteínas. Se nos cuenta que: “Los productos ricos en proteínas son una valiosa contribución para una dieta sana y equilibrada. Si te preocupa mantener un estilo de vida saludable y deseas incluir estos productos en tu alimentación, disponemos de una amplia gama de +Proteínas para todos los gustos: desde leche, yogures líquidos y sólidos de diferentes sabores, postres, helados y gelatinas.”

226 dinamicprotein.es/proteinas-faq

227 dinamicprotein.es/calculadora-de-proteinas

228 Según la EFSA (autoridad europea de seguridad alimentaria) y la AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición).

229 ANIBES (2016). La ingesta de proteínas de los españoles, a examen en el estudio científico ANIBES. [Nota de prensa]. bit.ly/3YsepIW

230 Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2019). Declaraciones nutricionales autorizadas en el anexo del Reglamento (CE) n° 1924/2006. bit.ly/3KOojBC

Como ejemplo, el Helado +Proteína, publicitado intensamente a través de *influencers*²³¹, recomendaciones de nutricionistas²³² y prensa generalista; como en esta noticia de *El Español* que, bajo el título “El helado proteico de Mercadona que causa furor: está buenísimo y solo cuesta 2,85 euros²³³”, **hace un publirreportaje de un producto que está fuera de los perfiles nutricionales saludables de la OMS**. De seguirse estos perfiles, en la UE no se podrían publicitar productos como este en ningún soporte²³⁴. De hecho, según la propuesta de la OMS, la categoría “helados” no debería ser objeto de comunicación comercial, independientemente de su contenido en nutrientes. También podemos encontrar otras noticias como esta del *Diario de Córdoba* titulada: “Mercadona lanza un helado que adelgaza²³⁵”, o esta del *Huffington Post*: “El delicioso helado proteico de Mercadona para tomar sin remordimientos²³⁶”.

¿Y cuáles son los ingredientes de este producto?: leche desnatada en polvo reconstruida, nata, colorante, estabilizantes, aroma natural, emulgente, azúcar, agente de carga, proteínas de la leche, puré de plátano (5,9 %), edulcorantes (eritritol y sucralosa) y trozos de *brownie* (7,5 %).

Es preocupante que incluso productos muy poco saludables y altamente procesados estén enriquecidos artificialmente con proteínas y se promocionen con reclamos de salud.



Naturalmente, este tipo de productos son, en general, más caros que sus pares convencionales. Por ejemplo, si nos fijamos en la leche, que es un alimento naturalmente proteico, observamos que para una misma marca la leche convencional cuesta 1,03 euros/litro, mientras que su versión enriquecida en proteína sube a 1,89 euros/litro. Ocurre lo mismo con los flanes de otra marca blanca: el flan normal de huevo tiene un precio de 2,58 euros/kg, sin embargo, el mismo producto en su versión enriquecida (al que solo añaden las claras) cuesta 4,25 euros/kg²³⁷. Un batido lácteo convencional cuesta 1,72 euros/l, mientras que el proteínico de la misma marca 7,4 euros/l; un yogur que sale a 0,25 euros, en su versión ultraproteínica, de la misma marca, asciende a 1,49 euros.

Resulta aquí interesante recordar que el suero lácteo (una de las principales fuentes del enriquecimiento proteínico) no es en realidad más que un subproducto de la

231 Peldanyos. Probando el primer helado +proteínas de Mercadona. bit.ly/4qgVXiy

232 Guerrero, Sergio. Dietista opina sobre los helados proteicos del Mercadona. Fit Generation. bit.ly/4s132oM

233 Paz, Cintia de la (2024). El helado proteico de Mercadona que causa furor: está buenísimo y solo cuesta 2,85 euros. *El Español*. bit.ly/4iWZQGI

234 bit.ly/4s5ejok

235 Escalante, Abril (2022). Mercadona lanza un helado que adelgaza. *Diario de Córdoba*. bit.ly/3MGOBIf

236 Murcia, Esperanza (2022). El delicioso helado proteico de Mercadona para tomar sin remordimiento. *Huffington Post*. bit.ly/48Vc8Lf

237 OCU (2020). Alimentos enriquecidos en proteínas: no son necesarios. bit.ly/3KZHisV

6. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO

elaboración del queso que se ha estado usando durante décadas como materia prima para la producción animal. Ahora, debido a la fiebre por el *fitness*, la industria alimentaria ha encontrado un filón. Una materia prima antaño desechable y barata, ahora es mezclada con el producto lácteo convencional y permite multiplicar su precio por 3, 4 o hasta 5. El enriquecimiento del que tanto se habla es cierto, pero no tanto el proteínico como el de los bolsillos de estas empresas. Se añade un poco de polvo mágico barato y... ¡tachán!: ¡el precio de triplica!²³⁸

Visto todo esto, cabe preguntarse: ¿existe algún tipo de regulación específica para lograr un control efectivo de la industria de los suplementos deportivos? Hemos visto que, en 2013, se elaboró la normativa base de los llamados “alimentos destinados a satisfacer necesidades nutricionales especiales”, el Reglamento 609/2013²³⁹. En él se incorporaron los alimentos para lactantes, los de usos médicos especiales y los “alimentos destinados a ser utilizados en dietas de bajo valor energético para reducción de peso”. Se dejaron fuera los “sustitutivos de comidas para el control de peso” (que, años después, se decidió que estarían regulados por el Reglamento (UE) 2016/1413), así como, lo que más nos interesa ahora: los alimentos destinados a deportistas. Había dos opciones: se quedaban en la normativa de los “alimentos destinados a satisfacer necesidades nutricionales especiales” o pasaban a ser “alimentos convencionales” y, por tanto, regulados como cualquier otro producto alimenticio más. Para sorpresa de nadie, tres años después, **en 2016, la Comisión Europea decidió que lo mejor era que no tuvieran ninguna regulación especial**²⁴⁰.

Si alguien se toma la molestia de leer la documentación, se encontrará con que la misma Comisión, en la exposición de motivos, nos dice:

- Que estos productos son bebidas isotónicas, productos (a base de proteínas) para la recuperación posejercicio y la generación y el fortalecimiento de la masa muscular, productos para aumentar la energía y el rendimiento, y productos de complementación continua para deportistas.
- Que se está incrementando mucho su consumo y en cada vez más amplias capas de población.
- Que puede estimarse que el número de productos alimenticios para deportistas presentes en el mercado oscila entre 20 000 y 30 000, aproximadamente.
- Que el mayor número de estos productos pertenece a la categoría de “alimentos para deportistas a base de proteínas”.
- Que “los deportistas y los usuarios no deportistas tienen un grado de comprensión muy diverso sobre sus necesidades nutricionales en relación con la actividad deportiva y el conocimiento de los productos y de sus propiedades. Cuanto más general es el uso previsto de un alimento para deportistas, más extendido es su uso en los diferentes grupos de consumidores” (o sea, entre los no deportistas).

El grado de confusión lingüística llega a su cénit con esta frase que parece un trabalenguas:

*Hay menos deportistas que usuarios no deportistas que consumen alimentos para deportistas en relación con la actividad física no deportiva*²⁴¹.

Traducido: los alimentos para deportistas los consumen, sobre todo, los no deportistas y las razones de su consumo “no se reflejan necesariamente en el uso previsto del alimento para deportistas”, es decir, que se consumen por otras cosas que no tienen que ver con el deporte en sí.

238 Food Watch (2023). Teuer und unnötig: foodwatch kritisiert Hype um Protein-Lebensmittel. bit.ly/48Y02B4

239 Reglamento (UE) n° 609/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de junio de 2013, relativo a los alimentos destinados a los lactantes y niños de corta edad, los alimentos para usos médicos especiales y los sustitutivos de la dieta completa para el control de peso. bit.ly/3Y2WgkP

240 Comisión Europea (2016). Informe de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre alimentos destinados a los deportistas. bit.ly/44wD4zw

241 *Ibid.*

A pesar de lo cual, se decidió dejar fuera de una reglamentación específica estos entre 20 000 y 30 000 productos que toma cada vez más gente sin tener muy claro para qué sirven ni si los necesitan realmente; por lo que no tienen que cumplir con la reglamentación básica referida a los reclamos nutricionales y de salud (la que se aplica a un yogur enriquecido con calcio, o a un Activia o un Danacol, por poner dos ejemplos).

No parece que sea la mejor estrategia para defender adecuadamente los derechos de las personas consumidoras.

También es interesante decir que la Comisión identificó algunos países que sí cuentan con una regulación específica para estos productos²⁴², entre ellos Alemania, Francia y Dinamarca. El Estado español no está en esta lista.

► Productos para el control de peso

Los productos denominados “sustitutos de comida” se comercializan para reducir las ingestas alimenticias convencionales, llevan años en el mercado y son consumidos habitualmente por una parte de la población, la mayoría de las veces sin supervisión médica y pudiendo acceder fácilmente a ellos²⁴³.

El 13 % de la población toma este tipo de productos destinados al control de peso. Los preparados para sustituir alguna de las comidas diarias son los que más se consumen, por un 11 % de la población, y su ingesta es más acusada entre las mujeres y entre la población de 18 a 45 años²⁴⁴.

Empecemos con lo que dice la normativa. Esta divide a los productos alimenticios “para hacer dieta” en dos categorías: los sustitutos de dieta completa y los sustitutos de una comida. La diferencia es sutil, como en todo lo que estamos viendo, y requiere de paciencia y una buena dosis de tiempo para saber de qué estamos hablando, porque la reglamentación de uno y otro tipo es distinta e, igualmente, el tipo de reclamos nutricionales que se pueden usar. En principio, y para simplificar, los primeros sustituyen total o parcialmente la dieta diaria, mientras que los segundos solo la complementan, es decir, puedes complementar tu dieta (equilibrada) con estos productos y sustituir alguna comida con ellos.

- Los **sustitutivos de la dieta completa** para el control del peso son, según la normativa, productos completos formulados especialmente para su uso en dietas de bajo valor energético y para la reducción de peso que, utilizados adecuadamente, sustituyen la dieta diaria completa. Se trata de productos especialmente formulados para adultos que padecen sobrepeso u obesidad y que desean lograr una reducción de peso. Los requisitos de composición e información de estos sustitutivos de la dieta completa para el control del peso están regulados de manera general mediante el Reglamento (UE) 609/2013²⁴⁵ y, de manera específica, por el Reglamento Delegado (UE) 2017/1798²⁴⁶ de la Comisión, de 2 de junio de 2017.

242 FCEC (2015). Study on food intended for Sportspeople: Final Report. *European Commission, Directorate General for Health and Food Safety*. bit.ly/4plCjvG

243 Cabanillas, M., E. Moya Chimenti, C. González Candela, V. Loria Kohen, C. Dassen y T. Lajo (2009). Características y utilidad de los sustitutos de la comida: análisis de los productos comercializados de uso habitual en nuestro entorno. *Nutrición Hospitalaria*, vol.24, nº5. bit.ly/4pjxoAF

244 Federación Española de Industrias de Alimentación y Bebidas (2024). El sector de los complementos alimenticios en España a examen. bit.ly/3KRqsMQ

245 Reglamento (UE) nº 609/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de junio de 2013, relativo a los alimentos destinados a los lactantes y niños de corta edad, los alimentos para usos médicos especiales y los sustitutivos de la dieta completa para el control de peso. bit.ly/3Y2WgkP

246 Reglamento Delegado (UE) 2017/1798 de la Comisión, de 2 de junio de 2017, que complementa el Reglamento (UE) nº 609/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a los requisitos específicos de composición e información aplicables a los sustitutivos de la dieta completa para el control de peso. bit.ly/3YvfVKm

6. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO

- Los sustitutivos de comidas para el control de peso, regulados por el Reglamento (UE) 2016/141²⁴⁷, se definen comúnmente como preparados destinados a sustituir una o dos comidas al día, como parte de una dieta equilibrada baja en calorías. Su contenido debe ser nutricionalmente equilibrado y fortificado con vitaminas y minerales, y sus presentaciones habituales son en forma de barritas, geles o polvo para su reconstitución como batidos, o con el aspecto de comidas habituales preelaboradas.

Con respecto a los primeros, existen requisitos específicos de composición: energía, proteínas, colina, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales. En relación con su etiquetado:

- No se podrá hacer declaraciones de propiedades saludables ni nutricionales en los alimentos destinados a la dieta completa para el control de peso.
- Únicamente se permite la declaración nutricional “con fibra añadida”, siempre que el contenido de fibra alimentaria del producto no sea inferior a 10 gramos.

Con respecto a los segundos, tienen que cumplir determinados requisitos de composición:

- Energía. Deben aportar como mínimo 200 kcal y como máximo 250 kcal.
- Grasa. Este nutriente tiene que proporcionar como máximo el 30 % del valor energético del producto y debe llevar al menos 1 g de ácido linoleico.
- Proteínas. Tienen que aportar entre el 25 % y el 50 % de la energía del producto y se establecen requisitos en cuanto a la proporción de los aminoácidos esenciales.

- Vitaminas y minerales. Deben aportar al menos el 30 % de los valores de referencia de nutrientes establecidos para cada micronutriente. Además, tienen que contener como mínimo 172,5 mg de sodio (o 0,43 g de sal) y, al menos, 500 mg de potasio por comida²⁴⁸.

Solo si se cumplen todos estos requisitos, el producto puede incluir cualquiera de estas dos declaraciones de propiedades saludables:

- “La sustitución de una comida principal al día por un sustitutivo de la comida en una dieta baja en calorías contribuye a mantener el peso después de la pérdida de peso”.
- “La sustitución de dos de las comidas principales del día por un sustitutivo en una dieta baja en calorías ayuda a perder peso”.

También debe informar sobre la importancia de mantener una adecuada ingesta diaria de líquidos y de que dichos productos solo funcionan como parte de una dieta baja en calorías. Además, debe especificar que otros alimentos son parte necesaria de dicha dieta. También se debe indicar que, para lograr el efecto declarado, una o dos de las comidas principales deben reemplazarse por el sustitutivo.

Cualquier producto que tenga las características nutricionales antes expuestas puede publicitarse como “producto para perder peso”. Ahora bien, **el rango nutricional normativo es realmente amplio y, además, no dice nada sobre ingredientes ni sobre los límites de estos**. Es decir, las proporciones de nutrientes establecidas legalmente presentan horquillas muy amplias para las proteínas y las grasas, y no se establecen valores para los hidratos de carbono en general ni para los azúcares en particular, de forma que en muchos de estos “productos para adelgazar” encontramos cantidades de azúcares muy elevadas, llegando en muchas ocasiones a ser uno

247 Reglamento (UE) 2016/1413 de la Comisión, de 24 de agosto de 2016, que modifica el Reglamento (UE) n° 432/2012, por el que se establece una lista de declaraciones autorizadas de propiedades saludables de los alimentos distintas de las relativas a la reducción del riesgo de enfermedad y al desarrollo y la salud de los niños. bit.ly/4qae6hD

248 Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Alimentos destinados a ser utilizados en dietas de bajo valor energético para reducción de peso. bit.ly/4aWE5F1

de sus nutrientes más importantes y que aporta la mayor parte de la energía.

Si bien en el primer grupo (sustitutivos de la dieta completa para el control del peso) no pueden hacerse otras declaraciones nutricionales (excepto la fibra), en estos sí, y es frecuente encontrar cosas como “alto en proteínas”, “bajo en azúcares”, etc., lo que genera aún más confusión sobre las propiedades reales de estos productos.

Por ejemplo, este es un “producto sustitutivo de una comida para adelgazar”.



Se trata de un producto ultraprocesado²⁴⁹ que, además de añadirle el cóctel de vitaminas y minerales de rigor, tiene los siguientes ingredientes: azúcar, proteínas de la leche, humectante: jarabe de sorbitol, chocolate negro (11,5 %) (azúcar, pasta de cacao, manteca de cacao, emulgente: lecitina de soja, aromas), cacao, leche desnatada en polvo, aceite de girasol en polvo, grasa vegetal (aceite de palma), fibra alimentaria: fibra de guisante, emulgente: lecitina de soja, jarabe de glucosa, aromas.

Destaca, a nivel nutricional, que el principal ingrediente en peso es el azúcar, que, sumado a otras fuentes de

glucosa, supone un 33 % del producto. Una ración de dos barritas (que sustituyen a una comida) proporciona 42 g de azúcares. La OMS sitúa en 25 g el máximo de azúcares que debería consumir una persona por día, lo que supone que esta comida para adelgazar que sustituye a una comida convencional (que no tiene por qué no ser saludable) contiene un 68 % más de azúcares que el máximo recomendado por la OMS.

Además de este tipo de productos para adelgazar de perfil nutricional cuestionable, también hay otros productos que podríamos calificar de “curiosos”, como por ejemplo la línea de “gominolas para adelgazar” de la marca biManán.

biManán pertenece a la empresa de matriz francesa Nutrition & Santé y es la marca líder en el mercado español de dietética para pérdida de peso en farmacia²⁵⁰.



Los ingredientes de estas gominolas son: edulcorante (jarabe de maltitol), glucomanano de Konjac (*Amorphophallus konjac* Koch. raíz), gelificante (gelatina), agua, aroma natural, aceite de coco, antiaglomerante (cera de carnaúba), colorantes (antocianinas, ácido carmínico).

Se parece a la barrita que hemos visto antes, ¿verdad? Pues resulta que no. **En este caso se trata de un complemento nutricional, por lo que tiene una regulación dife-**

249 Según la clasificación NOVA para alimentos: A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. bit.ly/4j7Q9Fp

250 NS nutrition&santé. bit.ly/4j1dske

6. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO

rente. ¿Pero pueden poner que unas gominolas “ayudan a adelgazar”? Pues resulta que sí, porque han incorporado glucomanano de Konjac, lo que permite añadir el reclamo “ayuda a adelgazar cuando se sigue una dieta baja en calorías”. Para ello, biManán recomienda tomar 6 gominolas al día (en 3 tomas de 2 unidades) y alcanzar así justo 3 gramos de glucomanano. Se trata de una fibra no digerible que tiene la capacidad de retener gran cantidad de agua, como una esponja, vaya. En pastelería y cocina se usa como espesante y lo mismo hace en el estómago. Te llena (porque retiene agua) y te sientes “saciado”. Que comer algo así cada día sea saludable, eso ya es otro tema.

Entonces, vemos que bajo la etiqueta “ayuda a adelgazar” caben productos que son “sustitutivos de la dieta completa para el control del peso”, con una normativa más estricta y que no pueden usar reclamos nutricionales excepto la fibra; y productos “sustitutivos de una comida para adelgazar”, que son como los primeros pero con menos requisitos normativos y que sí pueden usar otros reclamos nutricionales; y, finalmente, “complementos alimenticios”, que siguen otro marco normativo y que pueden ser unas gominolas a las que añades glucomanano.

Pero sigamos con “chuches” especiales, como estas otras gominolas de biManán: las “**quema grasas**”.



Este es un caso especialmente relevante porque el reclamo “quema grasas” no está autorizado ni por la EFSA europea ni por la AESAN española. Se podría incluso dar el visto bueno si este producto tuviera algún componente que, de alguna manera más o menos mágica, estimulara el catabolismo lipídico, pero ni el extracto seco de diente de león, ni el de hinojo, ni el cromo, ni el zinc, ni el *Lactobacillus reuteri* tienen esa función y, naturalmente, no se puede utilizar semejante reclamo por el mero hecho de incluir estos ingredientes. Lo que más se asemeja a un “quema grasas” es el zinc, que en las dosis incorporadas “contribuye al normal funcionamiento de los ácidos grasos”.

De hecho, si pones zinc a lo que sea (un salchichón, una leche, un bollycao o una barrita de merluza congelada) puedes escoger un montón de reclamos autorizados, a saber: “contribuye al normal funcionamiento de los hidratos de carbono, de la síntesis normal de ADN, de la función cognitiva normal, de la fertilidad y reproducción normales, al metabolismo normal de los micronutrientes, de la vitamina A, de la síntesis proteica de los huesos en condiciones normales y al normal equilibrio ácido-base.”

El zinc es la navaja suiza de los reclamos de salud, sirve para absolutamente todo y lo puedes poner donde te dé la gana y hacer una buena campaña asociando el producto que sea con la producción de músculo, la inteligencia, la lucha contra la osteoporosis o la infertilidad. Una maravilla. Pero en nuestra humilde opinión, que este producto lleve una cantidad mínima de zinc “que ayuda al normal funcionamiento de los ácidos grasos” no lo convierte en un “quema grasas”.

Pero el producto destacado en la etiqueta no es ninguno de estos sino el guaraná. Se trata del fruto de un arbusto de origen amazónico, la *Paullinia cupana*. Es muy conocido porque la industria de los refrescos utiliza extractos de este fruto porque contiene cafeína, teofilina y teobromina, sustancias estimulantes del sistema nervioso central.

Ahora bien, aunque la industria alimentaria y de bebidas ha pedido en reiteradas ocasiones a la EFSA (autoridad europea de seguridad alimentaria) que haga una

Hay miles de productos que se anuncian así, normalmente porque incorporan sustancias como el todopoderoso zinc, la cafeína, la L-carnitina²⁵⁴, el té verde o la espirulina. Pero la EFSA ha denegado expresamente la declaración “contribuye al buen metabolismo de los lípidos” relativa a la L-carnitina. Lo mismo ocurre con el té verde o con el resto de sustancias que normalmente encontramos en estos productos²⁵⁵.

Aparte de la gran cantidad de productos “para adelgazar” que se mueven entre los límites del marco normativo (y no son productos precisamente escondidos en un rincón de un local anónimo, sino que se pueden ver y comprar en los principales supermercados o farmacias), los que sí cumplen la reglamentación a menudo lo hacen aprovechando uno de sus dos grandes agujeros normativos con este tipo de productos (y con muchos de los complementos alimenticios):

El primero hace referencia a las “declaraciones de salud generales”, que son aquellas relativas a la reducción del riesgo de enfermedad, como: mejora la circulación, reduce el colesterol, etc.; de entre estas, nos interesan las que hacen referencia “al adelgazamiento, al control de peso, a una disminución de la sensación de hambre, a un aumento de la sensación de saciedad, o a la reducción del aporte energético de la dieta”.

Este tipo de declaraciones se pueden usar sin que haya un dictamen favorable expreso de la EFSA. Lo que hizo la agencia europea fue revisar las más de 44 000 peticiones de autorización de reclamos presentadas por las empresas alimentarias, autorizando solo unas 4 600, muchas fueron denegadas, pero muchas otras se quedaron en una especie de limbo legal.

La EFSA analizó si esos reclamos de salud se “basaban en datos científicos generalmente aceptados y eran bien comprendidas por el consumidor medio”²⁵⁶; en caso afirmativo, pasaban a formar parte de este tipo de **declaraciones autorizadas sin un aval específico**. Para quien quiera consultarlas, existe un listado con esas declaraciones autorizadas. En el momento de redactar este texto, las únicas autorizadas que tenían que ver con el peso eran las de los sustitutivos de comidas para el control del peso que hemos analizado anteriormente, y el famoso glucomanano de Konjac. Siguiendo pues estrictamente lo que dice esta normativa, salvo estos productos autorizados, se supone que el resto no puede usar expresiones relacionadas con el control de peso, el adelgazamiento o similares; pero, como decíamos, solo hace falta echar un vistazo al mercado para ver que esto no se está cumpliendo.

El otro posible agujero normativo son las llamadas “**declaraciones pendientes**” (pendientes desde hace numerosos años). Son declaraciones de propiedades saludables para las que no existe un dictamen favorable de la EFSA pero que, por sus características, la administración europea permite que se sigan utilizando. Se pueden usar “bajo responsabilidad de los explotadores de empresas alimentarias”. Entre estas “declaraciones de propiedades saludables (DPS) pendientes” que se pueden usar, aunque no esté demostrado que sirvan realmente para lo que dicen, están las referidas a especies botánicas, al desarrollo y salud de los niños, a la cafeína y a la lactosa. Hay un listado público de este tipo de declaraciones (lla-

254 Reglamento (UE) 2021/77 de la Comisión de 27 de enero de 2021 por el que se deniega la autorización de determinadas declaraciones de propiedades saludables en los alimentos distintas de las relativas a la reducción del riesgo de enfermedad y al desarrollo y la salud de los niños. DOUE. [bit.ly/4rZdn4R](https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2021/77/oj)

European Food Safety Authority (2018). L-carnitine and contribution to normal lipid metabolism: evaluation of a health claim pursuant to Article 13(5) of Regulation (EC) No 1924/2006. *EFSA Journal*, Vol. 16(7). [bit.ly/3Y3MHIH](https://doi.org/10.2903/j.efsa.2018.5444)

255 European Food Safety Authority (2012). Scientific Opinion on the substantiation of a health claim related to a combination of Paullinia cupana Kunth (guarana) and Camellia sinensis (L.) Kuntze (green tea) extracts and reduction of body weight pursuant to Article 13(5) of Regulation (EC) No 1924/2006. *EFSA Journal*, Vol. 10(12). [bit.ly/4j3xvhS](https://doi.org/10.2903/j.efsa.2012.2344)

256 Reglamento (CE) n° 1924/2006 del Parlamento europeo y del Consejo, de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos. DOUE. L404/9. [bit.ly/4qb9Y0R](https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2006/1924/oj)

mémoslas “alegales”) y para poder usarlas hay que cumplir con unas condiciones²⁵⁷:

- Que no se refieran a propiedades de prevenir, tratar o curar enfermedades.
- Que no se refieran a sustancias que tengan consideración de nuevos alimentos (y que estén, por tanto, autorizados).
- Que no estén en contra de lo dispuesto en el artículo 44 de la **Ley 17/2011 de Seguridad Alimentaria y Nutrición, sobre “Publicidad de los alimentos”**, en concreto: lo relativo al adelgazamiento y lo relativo al rendimiento físico, psíquico, deportivo o sexual.

Veamos qué dice este artículo 44:

Sin perjuicio de lo establecido en el Reglamento (CE) 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de diciembre de 2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos, en la publicidad o promoción directa o indirecta de alimentos quedará prohibida:

- a) La aportación de testimonios de profesionales sanitarios o científicos, reales o ficticios, o de pacientes reales o supuestos, como medio de inducción al consumo, así como la sugerencia de un aval sanitario o científico.
- b) La promoción del consumo de alimentos con el fin de sustituir el régimen de alimentación o nutrición comunes, especialmente en los casos de maternidad, lactancia, infancia o tercera edad.
- c) La referencia a su uso en centros sanitarios o a su distribución a través de oficinas de farmacia.

Solo se permitirá la utilización de avales de asociaciones, corporaciones, fundaciones o instituciones, relacionadas con la salud y la nutrición, en la publicidad o promoción directa o indirecta de alimentos, cuando:

- a) Se trate de organizaciones sin ánimo de lucro.
- b) Se comprometan, por escrito, a utilizar los recursos económicos obtenidos con esta colaboración en actividades que favorezcan la salud, a través de la investigación, desarrollo y divulgación especializada en el ámbito de la nutrición y la salud.

En resumen, el uso de declaraciones saludables debería estar autorizado por la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), quien previamente tendría que haber evaluado su base científica, pero esto no se está cumpliendo para algunas sustancias en concreto, a las que se autoriza su uso aunque estén pendientes de evaluación.

Básicamente nos interesan dos tipos de estas declaraciones: las asociadas a los llamados probióticos (microorganismos tipo *lactobacillus*, por ejemplo) y las asociadas a plantas, especialmente estas últimas ya que son usadas frecuentemente en productos “para adelgazar”. Estas, como decíamos, disfrutaban de esta suerte de régimen transitorio que les permite su uso sin autorización previa hasta que la EFSA las evalúe. La Comisión Europea estableció en 2012 una lista de 2 078 declaraciones de propiedades saludables “pendientes” relacionadas con sustancias vegetales, que pueden utilizarse en el mercado de la UE en virtud a un periodo transitorio, en espera de una decisión final. En total sigue habiendo 1 548 solicitudes pendientes de evaluación desde 2012²⁵⁸.

Esto, a efectos prácticos, supone que un complemento alimenticio a base de plantas pueda incorporar una declaración saludable pendiente de evaluación y, por tanto, aún de dudosa evidencia científica.

257 bit.ly/3Ld5tnl y bit.ly/3Y5pb7P

258 Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2021). Declaraciones nutricionales y de propiedades saludables. bit.ly/495B9U7

6. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO

A esto hay que añadir que alimentos a base de plantas con reivindicaciones de eficacia no comprobada están conviviendo con medicamentos a base de estas mismas plantas tradicionales que ni siquiera tienen una misma clasificación en todos los países de la UE²⁵⁹.

De momento, hay que saber que ninguna declaración de propiedades saludables relativa a plantas presentada para su evaluación por la EFSA ha obtenido un dictamen favorable, debido principalmente a la ausencia de estudios de intervención humana²⁶⁰.

Dicha situación genera, sin duda, un espacio de confusión a las personas consumidoras, que pueden llegar a pensar equivocadamente que estas declaraciones saludables han sido evaluadas y permitidas por parte de las autoridades europeas²⁶¹.

A finales de 2023, el Servicio de Estudios del Parlamento Europeo (EPRS, siglas en inglés), que tiene como misión la presentación a esta institución de estudios y análisis independientes, presentó uno sobre la aplicación que se ha venido haciendo del Reglamento 1924/2006, relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos.

La parte que nos interesa resaltar aquí hace referencia a dos aspectos. El primero tiene que ver con la nomenclatura de ciertos productos, que bailan entre ser un alimento o ser un medicamento. Un producto puede calificarse de medicamento tanto por su presentación como por su función. Por tanto, un complemento alimenticio con respecto al cual se hagan determinadas declaraciones saludables podría llegar a confundirse y entrar en conflicto con la definición de “medicamento por su

presentación”, en tanto se presenta como poseedor de ciertos beneficios para la salud. Y es que, a diferencia de los medicamentos, los complementos alimenticios no requieren autorización para su venta.

Esta discusión se da especialmente en aquellos productos de alimentación (generalmente, complementos alimenticios) que incorporan derivados de plantas tradicionales entre sus ingredientes, ya que las plantas se encuentran ampliamente disponibles tanto en forma de alimentos como en forma de medicamentos tradicionales en distintos países de la UE, lo cual dificulta su clasificación.

Más aún si tenemos en cuenta que la clasificación depende del criterio de cada Estado miembro. Así, una planta clasificada como “alimento” en un Estado miembro puede ser clasificada como “medicamento” en otro, estando en el primer caso sujeta a la legislación alimentaria y en el segundo a la legislación farmacéutica. Esto tiene un impacto notable para el consumidor, ya que la seguridad, calidad y eficacia, así como los requisitos para su comercialización, difieren sustancialmente²⁶².

El segundo punto es el que hemos visto anteriormente: las declaraciones asociadas a plantas, que disfrutan de esa evaluación pendiente que les permite su uso sin una autorización definitiva por parte de la EFSA. Así, alimentos a base de plantas con reivindicaciones de eficacia no comprobada conviven con medicamentos a base de las mismas plantas tradicionales, que ni siquiera tienen una misma clasificación en todos los países de la UE.

El documento del EPRS demanda una armonización sobre los ingredientes a base de plantas que pueden incorporarse a los complementos alimenticios; también pide reanudar de una vez por todas el proceso de evaluación sobre declaraciones de plantas o, en caso contrario, prohibirlas mientras no se cuente con toda la evidencia científica. Lo que no tiene sentido es la situación actual.

259 Gerbolés, Anna (2023). La problemática de los complementos alimenticios a base de plantas, a debate. *El Global Farma*. bit.ly/49gKObv

260 Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2020). Publicación del documento de la Comisión Europea sobre perfiles nutricionales y declaraciones sobre especies botánicas. bit.ly/4oUOLvj

261 Guadaña, Celia (2024). ¿Cuándo se revisarán los claims *On hold* de plantas? *Merieuxnutrisciences.com* bit.ly/4s91A40

262 Gerbolés, Anna (2023). La problemática de los complementos alimenticios a base de plantas, a debate. *El Global Farma*. bit.ly/49gKObv

De hecho, en las comunicaciones oficiales de la AESAN se nos dice lo siguiente:

La mayoría de las declaraciones de propiedades saludables relativas a plantas están pendientes de finalizar su proceso de autorización en la UE. Estas declaraciones empleadas tradicionalmente en complementos alimenticios a base de plantas legalmente comercializados en otros países de la UE pueden seguir utilizándose hasta que exista una decisión europea, por lo que podrían encontrarse en España, aunque no aparezcan en el buscador de declaraciones autorizadas. En ningún caso serán relativas al adelgazamiento o a que potencien el rendimiento físico, psíquico, deportivo o sexual.

Las declaraciones deben basarse en pruebas científicas sólidas, sin embargo, esta premisa no puede garantizarse actualmente en las declaraciones de complementos a base de plantas ya que su evaluación no ha finalizado aún. Por lo tanto, se recomienda precaución e informarse por canales fiables ante estas declaraciones, que son frecuentes en los complementos alimenticios²⁶³.

O sea, que hay innumerables productos en el mercado que puedes comprar y que te van a decir que sirven para esto o lo otro, pero no se sabe si es cierto. ¡Y eso lo dice la propia agencia que regula estos productos!

Pongamos un ejemplo de los miles que podemos encontrar en el mercado. La AESAN nos recuerda que “no se pueden usar mensajes que atribuyan a los complementos alimenticios la propiedad de prevenir, tratar o curar una enfermedad ni se referirá en absoluto a dichas propiedades”.

El envase del producto indica que es un complemento alimenticio a base de aceite de semilla de calabaza que contribuye a mantener la función normal de la próstata, de la vejiga y del flujo urinario. No solo eso, sino que en



su web²⁶⁴ aparece una persona con bata blanca que nos relata las propiedades y virtudes del producto.

Se podrá argumentar que esta publicidad no está atribuyendo literalmente al producto la prevención, el tratamiento o la cura de una enfermedad, y es posible que no lo haga, pero convendremos en que transita confusamente por esa frontera y **si queremos realmente defender los derechos de las y los consumidores hay que asegurarse de que los mensajes comerciales sean transparentes.**

263 Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. ¿Qué necesito saber sobre los complementos alimenticios? bit.ly/3Y1LeMF

264 bit.ly/4j3yaQo

6. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO

O tomemos este otro ejemplo basado en la cúrcuma.



Más allá de la utilidad real o no de la cúrcuma como antioxidante, o para mejorar el sistema digestivo y circulatorio, **la dosis recomendada por el fabricante en la etiqueta del producto son 1 300 mg de cúrcuma en dos tomas diarias.** Pero resulta que un dictamen de la AESAN²⁶⁵ indica que **la ingesta diaria admisible (IDA) de cúrcuma, como ingrediente en un complemento alimenticio, es de 210 mg/día** en un adulto con un peso corporal de 70 kg, además de señalar que “no existe información sobre la ausencia de efectos adversos de la cúrcuma en menores de 18 años, por lo que no sería conveniente proporcionar complementos alimenticios que contengan curcumina a menores de 18 años, así como tampoco se recomienda su consumo como ingrediente de complementos alimenticios durante el embarazo ni la lactancia, ya que la curcumina y sus metabolitos se transfieren vía leche materna a los lactantes”.

Sobra decir que para el jengibre la EFSA no ha emitido declaraciones específicas de propiedades saludables aprobadas y en lo que respecta a la pimienta negra, lo

que ha establecido recientemente es que se puede usar en extracto para piensos de gatos y perros²⁶⁶.

■ El negocio de las dietas

Además de los productos que hemos visto hasta ahora, que se atribuyen una serie de características saludables no probadas, **el asedio corporal al que estamos sometidos incluye también un abanico infinito de dietas.** Las dietas son otro de los sistemas correctores y disciplinarios del cuerpo erróneo, uno de los más importantes a nivel alimentario.

Si te encuentras con una dieta que²⁶⁷:

- Promete una rápida pérdida de peso.
- Carece de recomendaciones de actividad física.
- Promueve cambios a corto plazo en lugar de alcanzar objetivos sostenibles para toda la vida.
- Se centra en un solo tipo de alimentos o elimina cualquier grupo de alimentos.
- No puede mantenerse mucho tiempo.
- Presenta una adecuación nutricional cuestionable.
- No proporciona advertencias sanitarias para aquellos con enfermedades crónicas.
- Carece de pruebas científicas que respalden sus afirmaciones.

Has dado con lo que se conoce como “dieta milagro” y el mejor consejo que se puede dar es: huye de ella.

265 Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2020). Informe del Comité Científico de la AESAN sobre el riesgo asociado al consumo de complementos alimenticios que contienen curcumina como ingrediente. *Revista del Comité Científico de la AESAN*, 32, pp: 85-112. bit.ly/48J7DEG

266 EFSA FEEDAP Pane (2022). Scientific Opinion on the safety and efficacy of feed additives prepared from *Piper nigrum* L.: black pepper oil and black pepper oleoresin for use in all animal species and a supercritical extract for use in dogs and cats. *EFSA Journal*, 20(11). bit.ly/4555n8o

267 Tahreem A et al. (2022). Fad Diets: Facts and Fiction. *Front. Nutr.* 9:960922. bit.ly/3XXLOLv

Que la alimentación es uno de los principales determinantes de la salud, es una realidad incuestionable. Pero también lo es que la composición exacta de una alimentación variada, equilibrada y saludable viene determinada por las características de cada persona (edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física), el contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar y los hábitos alimentarios²⁶⁸.

No obstante, los principios básicos de la alimentación saludable siguen siendo los mismos y tanto la OMS como las diferentes agencias de salud públicas tienen mucha documentación al respecto.

Aunque **vamos a usar el término dietas (o “dietas milagro”)**, no nos estamos refiriendo a los distintos tipos de dietas que conforman (o conformaban) el riquísimo patrimonio alimentario de la humanidad: la dieta mediterránea, la dieta nórdica, la dieta japonesa tradicional, etc., sino a otra cosa. **Nos referimos a fórmulas dietéticas con una serie de características que hacen que debamos estar alertas cuando se cruzan en nuestro camino.** Hemos visto algunas de ellas en el párrafo inicial de este apartado, pero hay más.

En la mayoría de los casos, las dietas ocultan intereses comerciales directos por la venta de productos específicos asociados a las mismas o a los programas necesarios para seguirlos. A veces, el aspecto comercial es más sutil o indirecto, como comprar recetas o tener que suscribirte a contenidos específicos para ampliar conocimientos o compartir experiencias con “personas expertas”. Otra característica habitual es que son dietas que, de manera más o menos directa, te ofrecen la pérdida de peso (casi siempre adornado con aspectos vinculados a la salud). Vienen a menudo acompañadas de testimonios personales, de personas que proclaman haber conseguido resultados más o menos espectaculares siguiendo el plan dietético y/o consumiendo sus productos.

Este tipo de dietas suponen un importante riesgo para la sociedad, en forma principalmente de:

- Potenciales daños y efectos adversos para las personas que las siguen.
- Gasto económico innecesario en productos sin eficacia clínica probada.
- No abordar otros cambios conductuales o no realizar diagnósticos correctos sobre el porqué de una situación alimentaria o corporal.
- Frustración y pérdida de salud emocional.
- Aumento de la carga de enfermedad.

Asimismo, en general, responden a planteamientos dietéticos extraños y científicamente absurdos, lo que dificulta la adquisición y el mantenimiento de niveles de alfabetización alimentaria óptimos, que fomenten conductas responsables. En resumidas cuentas, el seguimiento de este tipo de dietas ineficaces en general, supone un aumento del gasto sanitario, peor calidad de vida y menos años de vida activa tanto en el ámbito laboral como social²⁶⁹.

No se conoce con exactitud el porcentaje de población que sigue algún tipo de dieta o método milagro, pero se estima que el gasto en España es de más de 2 000 millones de euros anuales²⁷⁰.

La tipología de las dietas milagro es muy variada, pero podrían dividirse en hipocalóricas desequilibradas, disociadas y excluyentes; como las dietas Dukan, Montignac o Atkins, por destacar unas pocas entre una lista numerosa de métodos dietéticos de moda o populares: dieta del Dr. Pritikin, del Dr. Haa, de Scardale, de los As-

268 OMS (2018). Alimentación sana. bit.ly/4aRTyGo

269 Baladía, Eduard et al. (2018). Dietas milagro y sociedad española. Fundación Mapfre. bit.ly/4pLdQWT

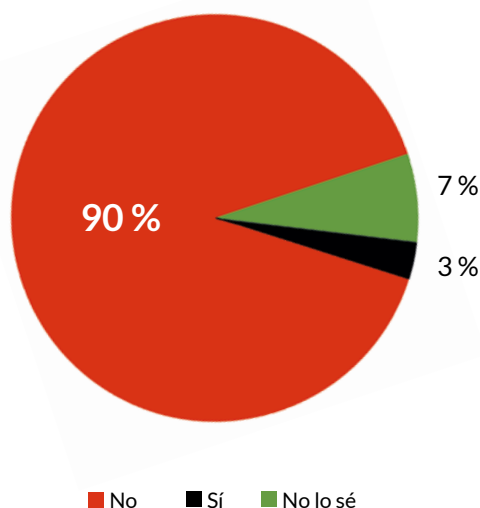
270 Russolillo, Giuseppe et al. (2009). Incorporación del dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud (SNS): Declaración de Postura de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN) *Actividad Dietética*, Vol. 13, nº 2, pp. 62-69. bit.ly/49jAlfy

6. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO

tronautas, de Hollywood, de la Proteína Líquida, de Hay, etc²⁷¹.

Y es que el negocio de las dietas milagro no deja de ser sorprendente. Sabemos perfectamente que no funcionan, en un reciente estudio para el Estado español se muestra que el 90 % de la población cree que no funcionan, solo un 3 % cree que sí, pero de este, el 82 % cree que solo funcionan por un corto periodo de tiempo, que luego “vuelves a estar igual o peor”.

Gráfico 7. Porcentaje de personas que creen que las dietas milagro funcionan (%)



No solo eso, es que también sabemos identificar sin problemas este tipo de dietas: el 76 % de la población identifica adecuadamente las dietas milagro como dietas que “no tienen resultados a largo plazo a menos que se cambien los hábitos alimentarios y el estilo de vida”, siendo esta identificación mucho más clara por parte de las mujeres que de los hombres, y más a medida que aumenta el nivel de ingresos y de estudios. Un 84 % sabe que “los resultados no son para siempre”. También se sabe que “prometen resultados rápidos, duraderos y sin

esfuerzos para adelgazar, depurar, rejuvenecer, etc.” (un 77 %), y que “se obliga o recomienda a la compra de suplementos, alimentos especiales, cursos, libros” (73 %).

¿Por qué realizamos dietas de adelgazamiento? Podríamos pensar que la gente que sigue alguna de estas dietas (o de cualquier otra que no aparece en este listado pero que tiene sus mismas características) lo hace por salud, pero en realidad **los estudios realizados nos indican que es por presión estética**. No porque se encuentren mal de salud ni por prescripción médica de cambio de hábitos alimentarios, lo hacen por estética. Así, según una encuesta realizada por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), en colaboración con XLS Medical²⁷², las motivaciones para hacer dieta son la preocupación constante por la estética, que prevalece sobre la preocupación por la salud.

La encuesta SEEDO revela que la motivación fundamental para buscar la pérdida de peso no es la salud sino “sentirse bien” (82,8 % de las personas que quieren adelgazar). **La gran mayoría de las personas encuestadas considera que su imagen y su cuerpo actual tiene un gran impacto sobre la forma de vestir (85,6 %), el equilibrio emocional (78,8 %), la búsqueda de trabajo (65,4 %) y la vida sexual (58 %), y eso es lo que quieren cambiar.**

Las dietas milagro proliferan como setas, y aunque las dos más conocidas por la población española son la Dukan (el 63 % de la población la conoce), y la Detox (46 %), hay muchísimas más.

Estos son algunos de los tipos más habituales:

- **Dietas de restricción de alimentos y disminución de calorías:** además de indicar los pocos alimentos “permitidos”, son restrictivas calóricamente (600-800 Kcal). Normalmente son monótonas, inseguras, difíciles de seguir y el conocido como “efecto rebote”, la ganancia de peso cuando se deja la dieta, es mayor.

271 Baladia, Eduard et al. (2018). Dietas milagro y sociedad española. Fundación Mapfre. bit.ly/4pLdQWT

272 EFE:Salud (2014). El 81 % de las mujeres fracasan al intentar perder peso. bit.ly/3MNq0zF

- **Dietas disociadas:** no se permite el consumo de ciertos alimentos juntos. No están basadas en ningún estudio científico y se alejan de lo que es conocido como “dieta saludable”.
- **Dietas por horas:** los alimentos se deben consumir en ciertos momentos del día. Sin disponer de suficientes estudios científicos que lo avalen, pueden alejar de una alimentación equilibrada.
- **Dietas cetogénicas:** se elimina el consumo de hidratos de carbono y se potencia el de proteínas. El organismo comienza a quemar grasa por una ruta metabólica en la que se produce gran cantidad de cuerpos cetónicos que pueden originar: falta de apetito, cetosis en sangre, mal aliento o halitosis, o bien riesgo de problemas cardiovasculares.
- **Dietas de un único alimento:** consisten en tomar un solo alimento. Aparte de las dificultades para llevarlas a cabo, pueden ser realmente peligrosas por la falta de nutrientes²⁷³.

El 83 % de la población sabe que los efectos de las dietas milagro sobre la salud son negativos o muy negativos, pero cuando se pregunta si se ha seguido algún tipo de estas dietas, el 36 % responde que sí y el 23 % que no lo sabe. Cuando se pregunta si se ha seguido algún tipo de dieta (ya sea milagrosa o no), un 50 % dice que sí y un 18 % que no lo sabe. Los que responden que sí han hecho alguna dieta, fue porque se la recomendó un conocido o familiar (el 40 %) o porque la vio en algún medio de comunicación (Internet, revistas, anuncios, etc.) y la han seguido durante entre una semana y, como mucho, un mes, en el 80 % de los casos.

Los grupos de población de bajos ingresos siguen dietas con más frecuencia. Seis de cada 10 las personas que han hecho una dieta milagro, manifiestan haber adquirido los productos concretos necesarios para llevarla a cabo²⁷⁴.

La lista de nombres concretos de dietas es infinita, estas son algunas de las más conocidas y seguidas:

Dietas disociadas:

- Dieta de Hay o Disociada
- Régimen de Shelton
- Dieta Hollywood
- Dieta de Montignac
- Antidieta

Dietas hipocalóricas desequilibradas:

- Dieta “Toma la mitad”
- Dieta Gourmet
- Dieta Dunkan
- Dieta Cero

Dietas excluyentes:

- Sin lípidos ni proteínas, como la dieta Dr. Pritikin o la del Dr. Haa.
- Sin hidratos de carbono, como la dieta de Scardale, la de los Astronautas, la de Hollywood, la de Atkins, la de Lutz o la de la Proteína Liquid.

Hay más estudios que apuntan en la misma dirección: aunque ya es bien sabido que estas dietas no funcionan, que son peligrosas para nuestra salud, que nos obligan directa o indirectamente a comprar productos y/o servicios, que no las vamos a seguir mucho tiempo (algunas semanas, todo lo más), una y otra vez seguimos cayendo en ellas.

Por poner un ejemplo, estos son los resultados de la *Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre dietas milagro en la población española*²⁷⁵:

273 Madrid Salud. La Industria de los regímenes. bit.ly/4p4w8Bb

274 Baladía, Eduard et al. (2018). Dietas milagro y sociedad española. Fundación Mapfre. bit.ly/4pLdQWT

275 Aladía, Eduard et al. (2022). Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre dietas milagro en población española: estudio transversal “DiMilagro”. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, Vol. 25, nº 4. bit.ly/48M2Is9

6. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO

- El 90 % cree que no funcionan y el 82,6 % que sus efectos son principalmente negativos.
- El 18,7 % declara haber seguido una o varias dietas milagro.
- El 56 % ha tomado algún producto asociado, adquirido en herbolarios (52 %) o farmacias (30 %).
- El 57 % ha creído percibir alguno de los efectos prometidos, aunque solo a corto plazo.
- El 33 % ha creído percibir algún efecto adverso de carácter leve.
- El 73,7 % declara que las dietas milagro son un problema y el 78,6 % que son peligrosas.

¿Cómo se explica esta aparente contradicción? Pues todo parece indicar que sigue el mismo patrón que otros comportamientos sociales que, aun sabiendo quienes los practican que son negativos, los realizan igualmente. Valgan de ejemplo el tabaquismo o dormir poco por quedarse de madrugada pegado a la pantalla del teléfono móvil. Y es que hay algo en estas prácticas que nos impulsa a hacerlas por encima de nuestro conocimiento del riesgo que conllevan.

En el caso del tabaquismo inciden la adicción y unas condiciones de vida determinadas; en el caso de las dietas milagro, la presión social sobre el cuerpo e, igualmente, unas condiciones de vida determinadas. Porque seguir una dieta equilibrada y unos buenos hábitos de vida (hacer ejercicio, dormir bien, etc.), que son las recomendaciones oficiales para tener un cuerpo más o menos normativo, parecen bastante incompatibles con el tipo de vida que se ven obligadas a llevar determinadas clases sociales.

Las prácticas sociales no aparecen en el vacío, están insertadas en un determinado entramado socioeconómico y cultural. Olvidamos, además, que el ser humano, aunque no lo parezca, no es un ser racional. La mayor parte de nuestras decisiones no las tomamos porque hayamos hecho un Excel para evaluar los pros y los contras y ponderar todas las posibles consecuencias y opciones.

No funcionamos así.

El proceso de decisión sobre seguir o no una dieta, o comprar un alimento u otro, es un campo altamente estudiado y analizado. Como decíamos, aunque nos pueda parecer lo contrario, la realidad es que la mayor parte de nuestras compras alimentarias (y no alimentarias) las realizamos por motivaciones emocionales, en contraposición a las racionales. No ahondaremos aquí en los mecanismos sociales, culturales y neurobiológicos que intervienen en este hecho, pero es una realidad comprobada empíricamente. Mientras que muchas personas consumidoras dedican tiempo, esfuerzo y dinero tratando de cambiar su dieta, la mayoría de nuestras conductas alimentarias se producen, en realidad, inconscientemente. Las decisiones que marcan nuestros hábitos alimentarios son en su mayoría rápidas, cognitivamente “frugales”, inconscientes y automáticas. Pensemos que una persona común toma alrededor de 226 decisiones diarias directamente relacionadas con su alimentación. En cambio, cuando se le pregunta, dice que toma un promedio de 14,4. Es decir, la inmensa mayoría son inconscientes²⁷⁶.

También está demostrado que las decisiones que tienen que ver con comer más sano siguen una ruta “racional”, son más lentas y más conscientes, de manera que elegir las opciones más saludables, en la situación actual, requiere de mucho tiempo y esfuerzos cognitivos. Y la realidad es que no funcionamos así. Si cada vez nos empeñamos en dar más responsabilidad a la persona consumidora, existe un riesgo evidente de que tomemos la decisión equivocada. **El nuevo orden neoliberal ha sustituido las políticas públicas por la libertad de elección individual dentro de un maremágnum de oferta desregulada, pero resulta que esa libertad teórica no existe. Es una “libertad” ultra influenciada por las fuerzas del mercado.**

En el caso de la compra de alimentos, pensemos que nos enfrentamos a más de 300 000 referencias comerciales

276 Justicia Alimentaria (2016). Viaje al centro de la alimentación que nos enferma. bit.ly/4aRUnis

alimentarias, que tomamos más de 200 decisiones diarias, que a cada producto le atribuimos múltiples valores que interactúan entre ellos (gusto, sabor, precio, seguridad, origen, tradición, facilidad de uso, equidad, diseño, impactos ambientales, envoltorio y salud). Existe un límite cognitivo racional para procesar todo eso. Lo mismo pasa con las dietas. Podemos saber que igual no es del todo buena o que igual no funciona, pero no sabemos (ni tenemos porqué saber) los detalles exactos de cómo funciona el metabolismo humano ni qué riesgos supone para nuestro cuerpo. Y aunque lo supiéramos, aunque hubiéramos hecho tres másteres en fisiología humana y en metabolismo basal, en dietética y nutrición, **la ruta que sigue la elección está altamente influida por el culto al cuerpo que nos invade por todas partes, y esa emocionalidad de “sentirte bien, sentirte atractiva, sentirte realizada” con tu cuerpo, se lleva por delante cualquier racionalidad existente.**

De ahí la necesidad de unas políticas públicas que ordenen y regulen el tema de las dietas, su existencia, su publicidad y sus prácticas. Porque las industrias alimentarias, del cuerpo y dietéticas, sí que son totalmente conscientes del proceso real de toma de decisiones que acontece cuando el algoritmo nos cuela un vídeo publicitario de una dieta keto. Frente a esto no hay contrapoder público.

Hay también otro factor que tal vez deberíamos tener en cuenta, y que es muy propio de nuestros tiempos: las prisas. Si a la preocupación por la salud y la presión social le sumamos la exigencia de resultados inmediatos en cualquier proyecto o deseo, encontramos la explicación de la aparición en el mercado de las llamadas “dietas milagro”²⁷⁷.

Pero veamos algunos de los efectos negativos de este tipo de prácticas:

Desde el punto de vista nutricional

- **El efecto rebote.** Es el fenómeno que se produce tras la pérdida de mucho peso por la realización de una dieta muy baja en calorías. Una vez finalizada la dieta, al volver a la ingesta habitual de calorías no sólo es habitual recuperar el peso perdido si no que es frecuente que se llegue a superar el peso original. Tal y como establece la Asociación Española de Dietistas Nutricionistas (AEDN), el 69 % de las pacientes que realizan este tipo de dietas acaba recuperando su peso.
- **Problemas de salud.** Estas dietas suelen ser deficitarias en cuanto a la ingesta de vitaminas y micronutrientes, por lo que pueden provocar, sobre todo a largo plazo, problemas graves para la salud. La Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética nos advierte que “las dietas milagro podrían aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, varios tipos de cáncer, fallo renal y hepático, así como osteoporosis”. Según la Asociación Española de Dietistas y Nutricionistas, siete de cada 10 pacientes abandonan las dietas milagro por los efectos secundarios que les producen.
- **Déficit de rendimiento intelectual y físico.** Según los expertos de la AEDN, este es uno de los efectos adversos que provocan este tipo de dietas, añadiendo que pueden dar lugar también a problemas psicológicos como depresión, ansiedad o irritabilidad, además de causar debilidad en las uñas o la pérdida de cabello.
- **No son dietas personalizadas.** Proponen una misma dieta para todas las personas, que evidentemente tienen historiales médicos y de salud muy diferentes. Si tenemos en cuenta que las dietas analizadas recurren a alteraciones fisiológicas (a la cetosis, por ejemplo) para conseguir sus resultados, que se obvie el historial clínico parece un grave inconveniente.

277 Isabel, C. B., & De Ciencias Económicas y Empresariales, U. P. C. F. (2019). Análisis de mercado de las dietas “milagro” proteicas. bit.ly/459O1r1

Desde el punto de vista económico

La mayor parte de estas dietas requieren la compra de productos preparados y complementos nutricionales, mucho más costosos que los necesarios en una dieta normal. Esto es así hasta el punto de que los establecimientos que ofertan este tipo de dietas, proponen a sus clientes en algunas ocasiones un plan de financiación. En muchos casos, el cliente que firma un documento con la empresa de dietética no es consciente de que al mismo tiempo que adquiere una dieta está firmando un contrato con una empresa financiera con la que queda vinculado. La práctica habitual es que la entidad financiera adelanta al empresario el coste del tratamiento y se lo exija después al cliente (operaciones de *factoring*, *forfaiting*, *confirming*...).

En la medida en que las dietas milagro tienen efectos adversos en la salud de las personas que las siguen, **pueden suponer para el futuro una carga económica importante para los servicios sanitarios públicos y privados.**

Más allá de estas llamadas dietas milagro, hay muchas otras dietas aunque no reciban el calificativo de milagrosas. Del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2016) se extrae que el 38 % de la población mayor de 5 años ha realizado en el último año alguna dieta para perder peso o mantener su peso actual. Según datos del Injuve, alrededor de uno de cada ocho jóvenes españoles (12 %) hace algún tipo de dieta o régimen alimentario, siendo un poco mayor la proporción entre las mujeres (13 %) que entre los hombres (10 %)²⁷⁸.

Aún con todo, no es la intención de este texto profundizar en los aspectos nutricionales o dietéticos de este tipo de dietas, sino en sus aspectos políticos. Hay mucha información técnica sobre los riesgos de este tipo de dietas, aquí hemos señalado algunos datos a modo de marco general.

Lo importante, en nuestro caso, no es enzarzarse en una discusión infinita sobre si tal o cual dieta funciona o no, si conlleva más o menos riesgos, si es mejor o peor que

tal otra, cuándo seguirlas y cuándo no (si es que hay que seguirlas alguna vez), etc. Más allá de ello, creemos que lo importante es abstraer los aspectos puramente técnicos desde un punto de vista dietético (aunque no hay técnica sin política) y **enmarcarlas en las dinámicas políticas que sirven para explicar por qué ha surgido esta avalancha de métodos de “corrección corporal” y cómo operan. El otro aspecto interesante es la regulación que existe sobre ellas.** Veamos estos dos aspectos.

► Cómo surge la avalancha de dietas

Existen muchos casos de empresas asociadas a una o un *influencer* presentado como experto que se lucran con el negocio de las dietas y de “comer mejor”. Normalmente se crea una “comunidad” alrededor del concepto de “alimentación saludable” y una vez creada, empieza el negocio.

Tras la cara visible de muchos *influencers* hay pues este tipo de empresas, que están orientándose hacia el comercio electrónico (venta de productos en línea), los *membership sites* (web y contenido en línea que ofrecen un servicio, producto, contenido o “comunidad” a cambio de un pago recurrente) y una tercera vía para profesionales de la salud. Los recursos usados para generar negocio acostumbran a ser pódcasts, que, obviamente, se monetizan, contenidos audiovisuales de pago y cursos. Todo ello aderezado con testimonios en primera persona y discursos de personas expertas. Además, acostumbran a ofrecer “formación” para profesionales.

Existen en nuestro entorno inmediato miles de “empresas-*influencer*” con estas características, resulta muy ilustrativo pasearse por ellas para ver cómo funciona actualmente el negocio de las dietas y del asedio al cuerpo.

Suelen iniciarse con una pequeña iniciativa individual alrededor de la salud, y más concretamente, de la salud alimentaria, que recurre a la potencialidad de las redes sociales y los nuevos medios de comunicación de masas. Puede ser de diversa índole, pero siempre acaba generando una de esas llamadas “comunidades”, es decir: un grupo de gente (normalmente de un perfil determinado) que comparte el interés por lo que allí se dice y, esto es lo

278 Ibid.

más importante, que genera un vínculo afectivo primero con la persona que lo lidera y, en segundo lugar, con el resto de participantes. Una vez que se llega a cierta masa crítica, se da el salto a la monetización y el fenómeno crece y se mercantiliza. Se amplía el contenido, se añaden productos comerciales y se expande más y más esa “comunidad” que en realidad no es otra cosa que los clientes que compran tus productos. Y el producto que se vende (además de los puramente materiales, esto es: complementos alimenticios o contenidos de pago para seguir sus consejos) tiene que ver con “sentirse bien” por medio de las dietas y el cuerpo.

Muy habitualmente, estas empresas usan ciertos discursos que transitan por terrenos a los que podemos llamar “conspiranoicos”, ofreciéndote aquello que los poderes públicos no quieren que sepas, terapias secretas, conocimientos exclusivos, descubrimientos únicos, pautas y recomendaciones que desafían al *establishment* médico y dietético convencional. Y todo ello a la vista de todo el mundo y con una preocupante falta de regulación, porque muchas de las cosas que venden (ya sean productos o discursos) son realmente peligrosas.

Las dietas más habitualmente difundidas por este tipo de canales son la dieta keto (o cetogénica) y la baja en carbohidratos. Por situar mínimamente el problema, las recomendaciones públicas de consumo de carbohidratos oscilan entre 210 y 350 gramos/día²⁷⁹, mientras que las dietas bajas en carbohidratos y la cetogénica reducen su consumo, en general, a entre 20 y 50 gramos/día.

La dieta keto (que provoca un estado de cetosis en el cuerpo) es alta en lípidos, baja en hidratos de carbono y media en proteínas. Nació en 1920 a raíz de observar

el efecto anticonvulsivo que tenía el ayuno sobre algunos pacientes con dolencias epilépticas. En el intento de esclarecer por qué el ayuno tenía ese efecto sobre las crisis epilépticas se creó la hoy en día famosa dieta keto. Se creó y empezó a usar, pues, como posible terapia para las crisis epilépticas, siempre bajo un adecuado control médico. Se trata de un intento controlado de emular el ayuno, ya que fuerza al cuerpo humano a utilizar la grasa como fuente de energía. Pero a partir de la década de los 40, la aparición de nuevos medicamentos antiepilépticos hizo que esta dieta dejara de usarse como tratamiento, si bien en los últimos 20 años ha resurgido para tratar aquellos casos de epilepsia refractarios a los fármacos existentes²⁸⁰.

Si la dieta keto es, en su origen, un tratamiento médico para atenuar las crisis epilépticas, ¿cómo es posible que hoy en día la sigan millones de personas? ¿Cómo es posible que una dieta anticonvulsiva para casos de epilepsia haya llegado a convertirse en una moda altamente implantada y seguida por millones de personas en todo el mundo, siguiendo los consejos de *influencers*, gurús de la alimentación o dietistas con intereses comerciales, sin ningún tipo de supervisión, con la intención de adelgazar?

La respuesta está en lo que hemos intentado explicar en este estudio: en la creación del culto al cuerpo, generando la necesidad de lograr una imagen corporal ideal inalcanzable; en el asedio corporativo al cuerpo, la mercantilización de esas necesidades creadas, la irrupción de los nuevos sistemas de comunicación de masas (redes sociales) y de las nuevas figuras de *influencers* alimentarios, corporales y de salud; y en la **falta de regulación eficaz de todo ello.**

279 Scenit Nutrition (2022). Cuántos carbohidratos consumir al día para tener una dieta sana. bit.ly/4iZn5zS

Farré Júlia Dieta Low Carb: ¿Una opción saludable para perder peso? Centrojuliafarré.es. bit.ly/4qbPbKD

Covarrubias Gutiérrez, P., M. Aburto Galván y L. F. Sámano Orozco (2013). Dietas cetogénicas en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Nutr. clín. diet. hosp.* Vol. 33, nº 2. bit.ly/3XXRi90

280 *Ibid.*

Pedró Giner, Consuelo (coord.) et al. (2021). Manual para la práctica de la dieta cetogénica. Nutricia. bit.ly/3KRPdsi

Entre los efectos negativos de la dieta keto, la bibliografía científica recoge los siguientes²⁸¹:

- Complicaciones digestivas: diarrea, estreñimiento, vómitos
- Hipoglucemia
- Hiperketonemia
- Acidosis metabólica
- Calambres musculares
- Cefalea, astenia, dificultad de concentración
- Palpitaciones
- Hiperlipemia
- Alteraciones cardiovasculares
- Cálculos renales
- Hiperuricemia
- Descalcificación
- Irregularidades menstruales

De hecho, si se consultan los sitios web de asociaciones de pacientes con epilepsia que hacen referencia al uso de esta dieta, nos daremos cuenta de la enorme extensión del tipo de complicaciones posibles y la necesidad de un control exhaustivo y personalizado que requiere.

Para terminar, en un reciente estudio de la **Asociación Americana del Corazón**²⁸² (una entidad poco sospechosa de ser defensora a ultranza de la intervención pública y de la regulación estricta del mercado alimentario), analizó las principales dietas seguidas hoy en día y las puntuó desde un punto de vista de salud cardiovascular.

Entre las que tuvieron mejores puntuaciones nos encontramos la dieta nórdica, la mediterránea o la vegetariana (puntuaciones superiores a 80 sobre 100); entre las dietas con peores puntuaciones hallamos la baja en carbohidratos, la paleolítica, la Atkins o la keto, con puntuaciones inferiores a 50 (y en algún caso a 30) sobre 100. **En sus conclusiones nos dice que estas dietas peor puntuadas son patrones dietéticos “muy preocupantes, incluso con un seguimiento óptimo, ya que promueven la restricción de grupos de alimentos considerados esenciales para una dieta cardiosaludable (legumbres, cereales integrales) y permiten fuentes ricas en grasas saturadas que se desaconsejan enérgicamente.”**

► Regulación de las “dietas milagro”

Una de las preguntas que nos podemos hacer es si debería estar permitido difundir todo lo que nos encontramos en la publicidad y promoción de productos y dietas milagro. En nuestra opinión, en la mayoría de los casos no debería estarlo. Sin embargo, se siguen difundiendo este tipo de contenidos, por lo que algo está fallando.

Una de las normativas básicas es el **Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria**. En él se constataba que: “aparecen en el mercado y son objeto de publicidad, propaganda y promoción comercial de su tráfico, uso o consumo una serie de productos, materiales, sustancias, energías o métodos que se anuncian o presentan como útiles para el diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades o desarrollos fisiológicos, modificación del estado físico y psicológico” —incluyendo los que hacen referencia a los regímenes dietéticos— que “no se corresponden con la realidad ni con una previa comprobación técnica o científica debidamente contrastada con arreglo a las normas especiales que han de aplicarse. Todo ello da lugar a una información defectuosa y a una publicidad abusiva e incluso a daños efectivos a las personas, en la medida en que su composición o utilización pueda resultar peligrosa o sustituyan de forma irresponsable las atenciones y cuidados que se requieren en cada caso.”

281 *Ibid.*

282 Gardner, Christopher D. (2023). Popular Dietary Patterns: Alignment With American Heart Association 2021 Dietary Guidance: A Scientific Statement From the American Heart Association. *AHA/ASA Journals*. Vol. 147, n° 22. [bit.ly/4qk6dXe](https://doi.org/10.1161/ATV.123.100000)

En lo referente a su publicidad, indica la necesidad de “un mayor rigor y exigencia del cumplimiento de la normativa especial sanitaria, el establecimiento de prohibiciones y limitaciones concretas de publicidad o promoción con finalidades presuntamente sanitarias y, en último término, la posibilidad de que las autoridades sanitarias intervengan para restablecer la correcta información sanitaria, para impedir las actividades de publicidad o promoción que constituyan riesgo para la salud”.

Con respecto a las prohibiciones y limitaciones de la publicidad con pretendida finalidad sanitaria, el mencionado Real Decreto prohíbe “cualquier clase de publicidad o promoción directa o indirecta, masiva o individualizada, de productos, materiales, sustancias, energías o métodos con pretendida finalidad sanitaria en los siguientes casos:

- Sugerir propiedades específicas adelgazantes o contra la obesidad.
- Proporcionar seguridades de alivio o curación cierta.
- Hacer referencia a su uso en centros sanitarios o a su distribución a través de oficinas de farmacia.
- Aportar testimonios de profesionales sanitarios, de personas famosas o conocidas por el público o de pacientes reales o supuestos, como medio de inducción al consumo.
- Pretender sustituir el régimen de alimentación o nutrición comunes.
- Atribuir a los productos alimenticios, destinados a regímenes dietéticos o especiales, propiedades preventivas, curativas u otras distintas de las reconocidas a tales productos conforme a su normativa especial.
- Sugerir o indicar que su uso o consumo potencian el rendimiento físico, psíquico, deportivo o sexual.
- Utilizar el término “natural” como característica vinculada a pretendidos efectos preventivos o terapéuticos.”

Por otro lado, el Real Decreto 1430/1997²⁸³, relativo a los productos alimenticios destinados a ser utilizados en dietas de bajo valor energético para reducción de peso, prohíbe de forma directa: “la inclusión en el etiquetado, la publicidad y la presentación de los productos cubiertos por las mismas de cualquier referencia al ritmo o a la magnitud de la pérdida de peso a que puede llevar su consumo, así como a la disminución de la sensación de hambre o al aumento de la sensación de la saciedad.”

Visto por un lado lo que dice la normativa, y por otro lo que encontramos en el mercado, todo parece indicar que tenemos un problema, quizás no tanto de falta de regulación como de falta de cumplimiento. Pero si esto es así (y algunos de los ejemplos que hemos expuesto en este informe y otros muchos que se pueden encontrar sin dificultad en nuestro entorno inmediato lo confirman), entonces lo que seguro que tenemos es una falta de regulación eficaz. Si la norma existe, pero no se cumple, lo que ocurre es una vulneración de los derechos de las personas consumidoras que se encuentran sistemáticamente expuestas a publicidad de muy diversa índole de servicios o productos a los que no se deberían exponer o, al menos, no como se está haciendo. Y esa publicidad y promoción, como todas, tiene un efecto directo en el consumo de ese servicio o producto y ya hemos visto los efectos negativos que tiene el asedio corporal en nuestra sociedad.

283 Ministerio de la Presidencia (España). Real Decreto 1430/1997, de 15 de septiembre, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria específica de los productos alimenticios destinados a ser utilizados en dietas de bajo valor energético para reducción de peso. BOE, nº229. bit.ly/3KB2aXq



7

UNA MIRADA GLOBAL

Aunque nos hemos centrado en algunos aspectos y realidades que afectan al Estado español, el contexto, las causas y la mayor parte de las consecuencias son aplicables a nivel global. Fenómenos como la gordofobia, el incremento de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), la cultura de la dieta, el negocio del cuerpo y el asedio al mismo son elementos que actúan en prácticamente cualquier contexto, también en los países llamados periféricos.

Por ejemplo, si dirigimos la mirada hacia **Latinoamérica**, veremos dos aspectos interesantes. El primero es la escasez de estudios y datos existentes sobre los efectos que está teniendo este asedio al cuerpo (casos de TCA, por ejemplo), lo cual indica, seguramente, una menor conciencia social y una suerte de discriminación interna, asumiendo que se trata de afectaciones propias de otros entornos. El segundo aspecto, sin embargo, contradice precisamente el primero: los (pocos) estudios²⁸⁴ que existen coinciden en señalar que los índices de afectación de TCA son similares a los que se dan en los países europeos o en Estados Unidos. Es más, algún análisis reciente indica que los índices de relación alterada con la comida entre la población adolescente latinoamericana pueden incluso llegar a ser superiores a otros entornos. Así, elementos como el vómito autoinducido, la preocupación por el peso o una distorsión de la imagen corporal, entre otros, afectarían al 35 % de las y los estudiantes universitarios de Ecuador, Chile, Brasil, Colombia y Paraguay²⁸⁵. También se ha detectado la “autopercepción de la salud” como factor con mayor probabilidad de estar asociado a los TCA; en concreto, el 55,3 % de los y las estudiantes se ven como “insanas”, ya sea por su aspecto o por considerar que no se cuidan lo suficiente o no comen suficientemente bien.

284 Kolar DR y Mebarak M. (2022). An update on the epidemiology of eating disorders in Latin America: current findings and future challenges. *Curr Opin Psychiatry*. [bit.ly/4pHF7](https://doi.org/10.1097/COOP.000000000000077)

285 Gutiérrez-Espinoza, Héctor et al. (2025). Proportion of disordered eating among Latin American university students: A multicountry cross-sectional study, *Journal of Affective Disorders*, vol. 391. [bit.ly/4s5Txc](https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.110000)

7. UNA MIRADA GLOBAL

Hay otra manera de detectar si el asedio al cuerpo es un fenómeno global e igualmente implantado en sociedades fuera del llamado mundo occidental o eurocentrado: el mercado. De hecho, en general, es uno de los mejores indicadores. Se estima²⁸⁶ que el mercado latinoamericano de dietas para adelgazar y controlar el peso fue de 16 600 millones de euros en 2024 y se espera que crezca hasta los 34 100 millones para 2034. Si nos fijamos en las ventas de suplementos nutricionales, Latinoamérica pasó de representar un 3 % de las ventas mundiales de suplementos en 1999 a un 7 % en 2017. En 2024, el mercado de suplementos alimenticios en Latinoamérica se valoró en aproximadamente 5 600 millones de euros, con una tasa de crecimiento anual proyectada del 8,4 % hasta 2028²⁸⁷. Países como Brasil, México y Argentina lideran la región en términos de consumo, representando más del 70 % del mercado total. Por poner algunos ejemplos: en Chile, el 48 % de la población ha consumido suplementos alimenticios en los últimos tres meses; en Perú, el 42 %; en Brasil, el 54 %; y en Colombia, el 45 %²⁸⁸.

Lo mismo ocurre en la **región del Caribe**²⁸⁹ donde, aunque los datos epidemiológicos sobre los TCA aún son muy escasos, empiezan a aparecer estudios que examinan la insatisfacción corporal, los comportamientos y actitudes alimentarias desordenadas o la actividad física problemática, apuntando también a un asedio corporal similar.

Si nos fijamos en el **continente africano**, la diversidad de una sociedad tan inmensa y variada hace difícil generalizar, pero los estudios parecen indicar que entre los factores asociados con los TCA en este continente

se incluyen el género, la etnia, el nivel socioeconómico, la exposición a medios de comunicación occidentales, la aculturación y la urbanización. Además, los estudios sugieren que estos trastornos conductuales pueden presentarse de forma atípica en algunos entornos africanos y que las vías de deriva hacia los mismos también pueden ser algo diferentes²⁹⁰.

Si volvemos a ampliar el foco a nivel global y a fijarnos en el mercado, nos encontramos con numerosas evidencias de que el negocio del cuerpo está boyante y en auge.

Las principales corporaciones del sector de la alimentación están aumentando sus beneficios no solo mediante la fabricación de alimentos ultraprocesados sino también gracias a las inversiones que están realizando en la llamada “alimentación dietética”, creada, en parte, para contrarrestar los efectos de su otra línea de negocio.

Por poner un ejemplo, abrimos Instagram y vemos a la *influencer* Joanna Mitrut (que tiene un canal con el estimulante nombre de “La terapia es el objetivo”) preguntándole a sus más de medio millón de seguidores: “¿Qué tienen en común el café, el helado y la pizza?”, mientras carga su carrito de compras con los tres productos. La respuesta correcta, según ella, es que los tres pueden causar “serias molestias [de estómago]”. Afortunadamente, también tiene una solución instantánea: el suplemento dietético Wonderbelly, que alivia la acidez estomacal y el reflujo ácido. La *influencer* añade tres frascos a su carrito, con los sabores de pastel de queso con fresa, menta con sandía y cereal afrutado. Ahora, ya puede comerse su pizza congelada de cuatro quesos, su helado de crema y mojar sus galletas en el café sin preocuparse.

Wonderbelly es propiedad de **Danone** por medio del fondo de inversión AF Ventures, que también invierte en otros productos alimenticios como patatas fritas,

286 Informe Mercado Latinoamericano de Dietas de Adelgazamiento y Control de Peso, de Expert Market Research. bit.ly/491EOIJ

287 Análisis del crecimiento del mercado de suplementos alimenticios en Latinoamérica: datos y proyecciones. *The Food Tech*. bit.ly/3Y1T9d2

288 Alanur. Todo sobre los suplementos. bit.ly/3LaBtc9

289 Philip, B., et al. (2023). The need for epidemiological research on eating disorders in Africa and the Caribbean. *Int J Eat Disord*. Vol. 56, n° 9, pp. 1688-1693. DOI: 10.1002/eat.24002.

290 van den Heuvel, L.L., et al. (2023). Eating Disorders in Africa. En: Robinson, P. et al. (eds) *Eating Disorders*. bit.ly/3Y5PSJA



© Freepik.com

pretzels y comidas preparadas²⁹¹. Danone no es la única corporación que juega a las dos bandas: **cinco de los diez mayores productores de alimentos ultraprocesados en el mercado europeo también invierten en el mercado de los productos dietéticos o de suplementos nutricionales**. Así, por ejemplo, **Nestlé** tiene más de 50 inversiones, por un valor total de 2 800 millones de euros, en este sector. **Unilever**, por su lado, ha invertido en al menos 24 empresas de lo que denomina el “negocio de Salud y Bienestar”, con una cartera por valor de más de 1 000 millones de euros.

El incremento de la preocupación social por los nefastos efectos sobre la salud de la alimentación ultraprocesada ha llevado a las corporaciones que la producen no solo a intentar disimular sus malos perfiles nutricionales mediante multitud de técnicas de *marketing* y de

etiquetado dudoso, sino también a comercializar productos destinados (en teoría) a mejorar dichas dietas insanas, generando una suerte de tandems entre algunas líneas de sus marcas convencionales (por ejemplo, de productos enriquecidos con proteínas) y el mercado de la alimentación dietética y de suplementos nutricionales.

Así, en unas recientes declaraciones, el CEO de Danone, Antoine de Saint-Affrique, veía a su empresa como “complementaria” de productos como Ozempic y Wegovy (medicamentos problemáticos y con numerosos riesgos aparejados)²⁹². Según Danone, sus productos con “extra de proteínas” encajan perfectamente en dietas adelgazantes o *para deportistas*. Lo mismo ocurre con Nestlé, que lanzó recientemente una nueva línea de productos nutricionales específicamente diseñados para usuarios de medicamentos adelgazantes. Vital Pursuit,

291 Follow The Money. Obesity as a business model: Food industry's double agenda. bit.ly/3N6CnXG

292 Nikolova, Milana (2024). Opportunity, not a threat: Nestlé and Danone respond to growing GLP-1 demand. *Food Ingredients First*. bit.ly/4oV9s69

7. UNA MIRADA GLOBAL

según Nestlé, son productos altos en proteínas, una buena fuente de fibra, contienen nutrientes esenciales y se adaptan a las necesidades de las personas que quieren bajar de peso.

En otras palabras: los gigantes de la alimentación procesada parecen estar impulsando un nuevo marco narrativo, un negocio redondo en el que los alimentos procesados y los dietéticos se equilibran entre sí.

En cualquier caso, más allá del mercado, parece claro que la llamada cultura de la dieta es un marco que se ha instalado a nivel global. Esta cultura de la dieta se puede definir²⁹³ como un sistema de pensamiento que:

- Estimula y promueve la delgadez, equiparándola con la salud, la felicidad y la virtud moral.
- Idealiza un modelo de belleza inalcanzable.
- Demoniza y avergüenza ciertas formas de comer y ciertos cuerpos, santificando otros.
- Oprime y discrimina a las personas que no coinciden con las normas de delgadez o con la imagen de supuesta “salud”, perjudicándolas dramáticamente, dañando tanto su salud mental como física.

Ejemplos de la cultura de la dieta pueden ser promover diversos tipos de regímenes restrictivos (dieta cetogénica, dieta paleolítica, ayuno intermitente, etc.), felicitar las pérdidas de peso o el hecho de comer menos, no permitirse comer más allá de un cierto número de calorías, sentirse culpable por haber comido “demasiado” o hacer deporte a modo de penitencia. Este tipo de hábitos, supuestamente sanos, son en realidad peligrosos y contaminan nuestra relación con la comida y nuestro cuerpo.

La cultura de la dieta se encuentra también en discusiones incesantes sobre el peso, la comida, las dietas, los macronutrientes o incluso la actividad deportiva. Es omnipresente y no solo la sufrimos, sino que la reproducimos sin problematizarla ni cuestionarla.

En el análisis latinoamericano se entrecruzan algunos aspectos que en la mirada eurocéntrica quedan diluidos, en especial los referentes a la interseccionalidad colonial y feminista.

Bajo esta perspectiva²⁹⁴, se presenta una crítica de orientación feminista decolonial que se da en la interseccionalidad existente entre sexo y género, situada en las corporalidades de las personas que habitan territorios, digamos, “subalternizados”, entre ellos Latinoamérica y Caribe. En dichos cuerpos se producen y reproducen unas prácticas guiadas por lógicas de dominación que tienen su origen en la matriz colonial. Así, se sostienen relaciones de poder que reorganizan y estereotipan los cuerpos a partir de las diferencias o “defectos” detectados por el ojo occidental eurocéntrico u otros ojos análogos.

El proceso de producción y reproducción de estas lógicas normativas y disciplinarias impuestas puede entenderse como parte de un proceso de colonialismo interno. Así, la modernidad occidental eurocéntrica, el capitalismo mundial y el colonialismo constituyen una trilogía inseparable. Pero desde Latinoamérica se han desarrollado muchas iniciativas y prácticas que tienen como propósito visibilizar, reconocer y empoderar a las corporalidades negadas y subordinadas históricamente a las lógicas coloniales.

293 Harrison, Christy. (2018). What Is Diet Culture?, *Christyharrison.com*. [Blog]. bit.ly/4s4EHP4

294 Lugones, María. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, n° 9, pp. 73-101; Lugones, María. (2011). Hacia un feminismo decolonial. , vol. 6, n° 2, pp. 105-119. bit.ly/49h3f3Q

En un interesante estudio chileno²⁹⁵ sobre gordofobia se llega a las siguientes conclusiones:

- a. Impera en la región un mandato de la delgadez, que se legitima en el discurso médico y estereotipos eurocéntricos.
- b. Las mujeres con cuerpos no normativos son objeto de gordofobia, pero, de manera involuntaria, también la ejercen; lo que da cuenta de un complejo proceso de colonialismo interno.
- c. El cuerpo gordo es narrado como un “cuerpo fallido” e “inválido”, que mediante “terapia médica” podría lograr “rehabilitarse”.
- d. La terapia médica se experimenta como una “tortura”, que obliga a domesticar y reformatear violentamente el cuerpo que ha sido patologizado.
- e. Dependiendo de los contextos, las prácticas y discursos de estas mujeres transitan entre la adaptación y la resistencia a las corporalidades hegemónicas.
- f. Disentir del canon se vive como una experiencia descolonizadora.
- g. La sociedad de consumo amenaza con apropiarse de las disidencias, abriendo nuevos mercados que higienizan la gordura, recolonizando los cuerpos.

En definitiva, como vemos, en otros países se producen las mismas lógicas del contexto europeo o español, pero con la variante étnica o colonial (que también se halla dentro del territorio estatal cuando los cuerpos que habitan en él no se corresponden con el ideal étnicorracial privilegiado, basado en el etnocentrismo y la racialización social).

En todo caso, analizar el asedio corporal, sus mecanismos, sus consecuencias y el mercado que se está generando, poniendo el foco en el contexto español y europeo, también sirve para actuar en otras partes del planeta donde, como vemos, la dinámica sigue el mismo patrón y, como en otras ocasiones, el marco generado aquí se exporta allí, de tal manera que el análisis, digamos que local, es trasladable de manera inmediata y directa a nivel global y de otros territorios.

295 Bruna Velis, Ared, y Trinidad Rosales Mertens (2019). El Mandato de la Delgadez: Una lectura decolonial de la gordofobia en el Chile neoliberal. XXXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Lima, bit.ly/44y8Hc1



8

CONCLUSIONES

Nuestro cuerpo es, de momento, la última frontera del capitalismo. Somos cuerpos en venta. En parte porque sobre ellos cae un auténtico diluvio de mensajes que nos dicen que no estamos bien ni nos vemos bien, que nuestros cuerpos —es decir, nosotras— no están suficientemente sanos ni son suficientemente bellos; y en parte porque este conjunto de músculos, huesos, nervios y líquidos, se ha convertido en un pasaporte social que, teóricamente, te eleva a los altares de lo deseable o te hunde en el fango de lo incorrecto.

En ambos casos hay negocio. Un negocio gigantesco. En ambos casos hay lo que aquí hemos venido a llamar un asedio corporal como nunca antes lo habíamos conocido. **De entre todos los mecanismos de asedio corporal, hemos querido destacar el alimentario. La alimentación es una de las palancas más poderosas que está usando el capitalismo corporal para reforzar nuestro malestar y vendernos la solución.**

Decenas de miles de productos, dietas y prácticas alimentarias que conseguirán que estés, por fin, bien, te sientas bien y te veas bien. Todo ello propagado por los nuevos canales de comunicación de masas, especialmente entre la población joven.

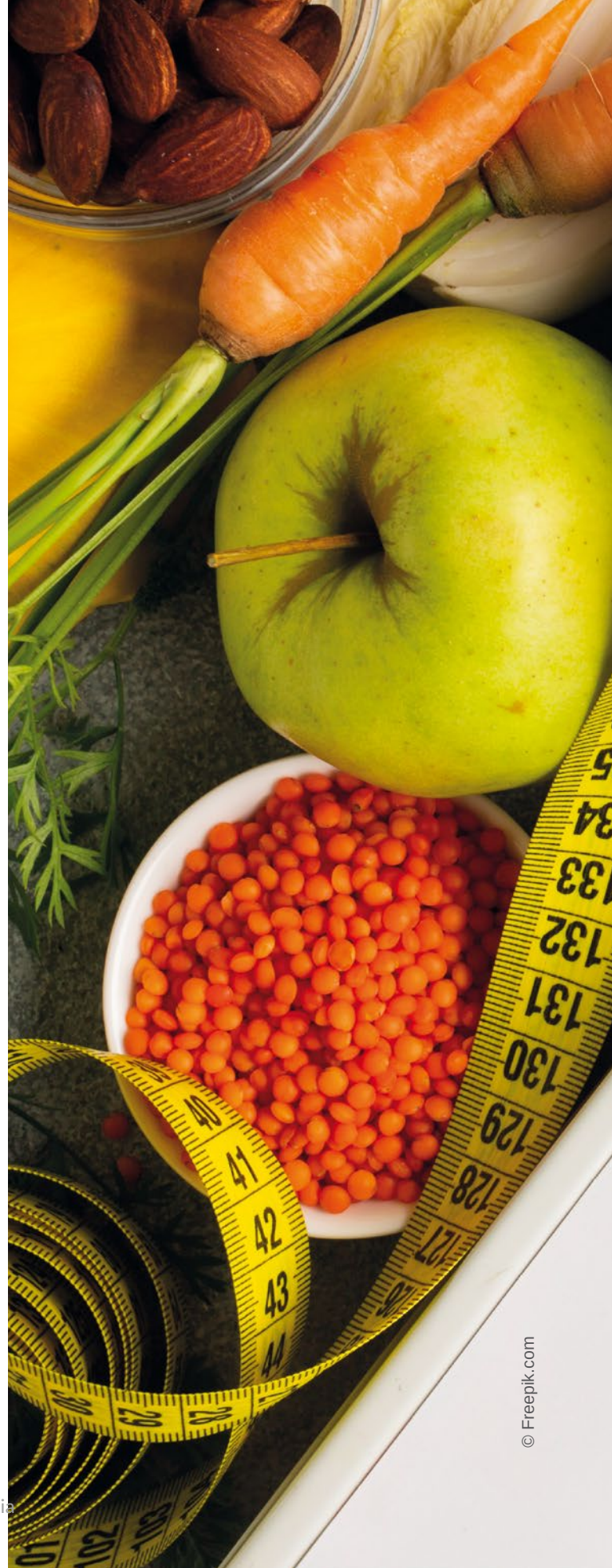
Un asedio corporal y alimentario que profundiza en las raíces patriarcales, racistas y clasistas. **Un asedio que ha resignificado de manera dramática el concepto de salud, en general, y de salud alimentaria en particular,** convirtiéndola en un poderosísimo objeto de fetiche mercantil.

Las consecuencias del asedio alimentario se manifiestan por doquier, miremos donde miremos, incluso si lo hacemos delante de un espejo cualquiera. Algunas de las consecuencias de este inmenso daño social son especialmente dramáticas, como los llamados TCA o la estigmatización y la vulneración de derechos que comporta la gordafobia.

8. CONCLUSIONES

Ante ello, la intervención pública brilla por su ausencia. El contrapoder público a este enorme y monstruoso aparato de asedio corporal y alimentario, que tanto dolor y problemas graves de salud está causando, se está reduciendo a unas pocas organizaciones sociales que están presentándole batalla, pero aquellas instancias que tienen el poder, y deber, de proteger a su ciudadanía con políticas públicas, no lo están haciendo.

Esperemos que, dentro de poco, informes como este sean del todo innecesarios y formen parte, solamente, del estudio histórico de lo que nunca tuvo que haber sucedido, pero sucedió.







© Freepik.com



JUSTICIA
ALIMENTARIA