

Anorexia y bulimia como malestares femeninos, feminizados, feminizantes

Anorexia and Bulimia as Female, Feminized, Feminizing Distresses

Recepción: 2 de julio de 2025 / Aceptación: 7 de agosto de 2025

Leire Castrillo¹

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol15.num30.5>

Licencia CC BY 4.0.

Resumen

Este ensayo interroga el complejo papel del género en los denominados “Trastornos de la Conducta Alimentaria” (TCA)². Parte de la base de que aplicar la perspectiva feminista se torna algo obligado a la hora de analizar una “patología” que se caracteriza por un marcado desequilibrio entre hombres y mujeres y que, por tanto, obliga a indagar en el papel explicativo del género a la hora de plantear hipótesis sobre sus causas y de ofrecer posibles respuestas ante las mismas. Se va a plantear la cuestión de si la anorexia y la bulimia nerviosa son malestares femeninos, en el sentido de que afectan más a mujeres que a hombres, o feminizados, en el sentido de que son categorías aplicadas especialmente a mujeres que reproducen un determinado modelo de género. Se introducirá brevemente la idea de los tratamientos médicos como proyectos feminizantes, esto es, destinados a un tipo de feminidad considerada saludable y adecuada. Se ofrecerán argumentos en esta última dirección, defendiendo además la idea de que estos tres planteamientos no son excluyentes y que, de hecho, solo siendo considerados en interrelación pueden llegar a ser comprendidos. Sin querer ofrecer respuestas universales y certeras, el objetivo de este texto no es otro que situar estos malestares en esta tensión constante entre la experiencia fenomenológica, el diagnóstico clínico y los tratamientos, y explorar desde ahí los múltiples modos en los

¹ Graduada en Trabajo Social. Graduada en Educación Social. Graduada en Sociología. Máster en Estudios Feministas y de Género. Doctoranda en Estudios Feministas y de Género por la Universidad del País Vasco.

Afiliación: Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, España.

Correspondencia: Av. Tolosa 70, Donostia-San Sebastián, España. Código postal: 20018, España.

Correo electrónico: leire.castrillo@ehu.eus

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6599-2594>

² A lo largo del texto, utilizaré entre comillas este y otros términos relacionados, con el objetivo de problematizar su patologización y de cuestionar su significado clínico.

que los roles y modelos de género influyen no solo a la hora de “enfermar”, sino también (y especialmente) a la hora de conceptualizar, clasificar y tratar estas “patologías”.

Palabras clave: anorexia; bulimia; Trastornos de la Conducta Alimentaria; género

Abstract

This essay will examine the complex role of gender in the so-called “Eating Disorders” (EDs). It assumes that applying a feminist perspective becomes mandatory when analyzing a “pathology” characterized by a marked imbalance between men and women and, therefore, requires investigating the explanatory role of gender when formulating hypotheses about its causes and offering possible responses. The question will be raised as to whether anorexia and bulimia nervosa are feminine disorders, in the sense that they affect women more than men, or feminized, in the sense that they are categories applied specifically to women that reproduce a specific gender model. The idea of medical treatments as feminizing projects, that is, aimed at producing a type of femininity considered healthy and adequate, will be briefly introduced. Arguments will be offered in this last direction, also defending the idea that these three approaches are not mutually exclusive and that, in fact, they can only be understood when considered in an interrelated manner. Without seeking to offer universal and definitive answers, the objective of this text is none other than to situate these ailments within this constant tension between phenomenological experience, clinical diagnosis, and treatments, and from there to explore the multiple ways in which gender roles and models influence not only the process of “getting ill,” but also (and especially) the conceptualization, classification, and treatment of these “pathologies”.

Keywords: anorexia; bulimia; Eating Disorders; gender

Introducción: Los malestares alimentarios y su dimensión de género

Desde su construcción como enfermedades mentales durante el siglo XIX, la anorexia y la bulimia nerviosa son malestares que se han vinculado casi exclusivamente a las mujeres y a sus dolencias. Los primeros médicos psiquiatras que los constituyeron como “trastornos” y los trataron (a saber, Gull y Lasègue en la época victoriana para el caso de la anorexia, y Russell en la década de los setenta en el caso de la bulimia) hacían referencia a una supuesta “esencia femenina” enfermiza, irracional y neurótica que se encontraba en la base de estos malestares tan peculiares, incomprensibles para un mundo occidental en el que la búsqueda de comida no era ya un

problema cotidiano, del día a día. Al menos, no entre las mujeres de clase media-alta entre las que se observaban estos extraños síntomas.

Posteriormente, las autoras principales del feminismo cultural, desde disciplinas que van desde el psicoanálisis a la filosofía, pusieron sobre la mesa las condiciones históricas y culturales que podían explicar los motivos por los cuales las mujeres parecían tener una relación distinta con el cuerpo y la alimentación que los hombres. La anorexia y la bulimia fueron conceptualizadas como “cristalizaciones de la cultura” (Bordo, 1985), coherentes con las normas y valores de la sociedad; como “metáforas de nuestro tiempo” (Orbach, 1993) que ilustraban la posición de subordinación femenina a todos los niveles. En un mundo dominado por la “tiranía de la delgadez” (Chernin, 1981), estos malestares afectaban de un modo especial a las mujeres debido al marco social que regulaba su relación con la corporalidad y con el apetito en clave de género. Debemos a estas intuitivas autoras, entre otras muchas cosas, el cuestionamiento de estos malestares como “enfermedades mentales” por parte de la disciplina psiquiátrica y la problematización de su patologización, destacando un continuum entre conductas consideradas sanas, normales y hasta saludables, y conductas consideradas patológicas y problemáticas.

En la actualidad, las estadísticas disponibles siguen mostrando un marcado desequilibrio entre ambos géneros. Desde que en 1994 el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 1994, pp. 543, 548) señalara que más del 90% de las personas “afectadas” eran mujeres, no se ha observado un cambio de tendencia significativo. Según los datos aportados por este mismo manual, entre el 0.5% y el 1% de la población femenina presenta síntomas de anorexia, y entre el 1% y el 3%, síntomas de bulimia. Sin embargo, según datos correspondientes a 2017 y publicados posteriormente por la Subdirección General de Información Sanitaria (2021), en ciertas franjas etarias, por ejemplo, entre mujeres jóvenes de 20 a 30 años, estos porcentajes pueden alcanzar tasas de hasta el 6.5%. En fuentes más actuales, estas cifras aumentan, especialmente a partir de la pandemia de COVID-19 en 2020. Por ejemplo, la National Eating Disorders Association (NEDA, s. f.) señala que alrededor del 9% de la población de Estados Unidos tendrá un trastorno de la conducta alimentaria a lo largo de su vida. En el contexto español, un informe reciente elaborado por la Fundación Manantial (2023) entre población joven destacaba que la identificación con un “trastorno de

la conducta alimentaria” presentaba una marcada diferencia de género, con un 71.1% de chicas y un 26.7% de chicos.

Un problema habitual con las estadísticas de prevalencia suele ser la confusión que se establece entre estos malestares como experiencias fenomenológicas (es decir, si miden el porcentaje de mujeres que, de un modo u otro, presentan conflictos con su cuerpo y/o la alimentación) o como diagnósticos psiquiátricos (si miden el porcentaje de mujeres diagnosticadas y tratadas clínicamente como “anoréxicas” o “bulímicas”), sin asumir el evidente desfase que puede darse entre ambas realidades. Constantemente se incide en la importancia del género para entender su desigual incidencia, pero no suele contemplarse cómo este puede jugar un papel muy diferente, incluso ambiguo y contradictorio, en función de la perspectiva adoptada. Es decir, si bien parece evidente que el sufrimiento psíquico es moldeado por estructuras sociales como el capitalismo, el racismo y el patriarcado (Frazer-Carroll, 2023) y que, por tanto, existen notables y crecientes desigualdades de género en eso que se denomina como “salud mental” (Bacigalupe et al., 2020), resulta urgente dilucidar cuáles hacen referencia a los modos de “padecer” un malestar, esto es, a la experiencia subjetiva, y cuáles a los modos de ser leídas y construidas como personas “enfermas”, esto es, a los modelos de atención. Esta diferenciación es importante porque, si bien el feminismo cultural ha analizado minuciosamente el papel del género en la génesis de estos malestares, las exploraciones sobre su funcionamiento dentro de las intervenciones sanitarias utilizadas para tratarlos han sido comparativamente menores (Moulding, 2006).

Este ensayo va a preguntarse de un modo amplio por cómo afecta el género a los malestares alimentarios y cómo nos obliga a pensar en ellos como experiencias femeninas, pero también feminizadas e incluso feminizantes: como vivencias que afectan de un modo específico a las mujeres,³ pero que también funcionan, de un modo u otro, para “atrapar” y “enderezar” mujeres. Metodológicamente se trata de un texto teórico que surge de una investigación doctoral aún en curso sobre la medicalización de estos malestares, cuyo objetivo es fomentar la reflexión crítica y proponer nuevas líneas de pensamiento, y no tanto la presentación de unos resultados empíricos

3 Utilizo “hombre” y “mujer” como categorías políticas y no desde concepciones esencialistas que reducen la identidad de género a la biología y la limitan a la genitalidad. Me interesa el proceso mediante el cual las personas “nos convertimos” (somos convertidas) en hombres o en mujeres, y los efectos que esto tiene a todos los niveles.

basados en investigaciones concretas. En este sentido, se explorará cómo las preocupaciones por el cuerpo y por la alimentación se distribuyen desigualmente entre la población en función del género por razones estructurales, pero también cómo ciertas concepciones del género impregnan los propios diagnósticos y los modelos de atención que estos habilitan, haciendo que la propia disciplina psiquiátrica “produzca” una feminidad determinada por medio de estas categorías. Para finalizar, se plantearán unas conclusiones donde se sintetizarán los puntos clave abordados a lo largo del texto.

¿Malestares femeninos o feminizados? Algunos argumentos

Parece innegable el hecho de que, por razones históricas, sociales y culturales, hombres y mujeres no se relacionan de la misma forma con su cuerpo o con la alimentación. Las mujeres han sido tradicionalmente relegadas a un rol como productoras, nutridoras, abastecedoras, prescriptoras, servidoras y consumidoras de alimentos que combina conocimientos teóricos con habilidades prácticas, así como la responsabilidad de transmitir este saber hacer de generación en generación (Gracia-Arnaiz, 2002, 2006, 2015). Una labor que en algunos casos suele ser vivida como algo frustrante y que genera sentimientos encontrados ya que, frente a la dedicación y esfuerzo que requiere, no proporciona ni ha proporcionado jamás, al menos a las mujeres, prestigio social, poder o riqueza (Gómez, 2003). Las personas que hemos sido socializadas como mujeres hemos recibido una educación alimentaria diferente a la de los hombres que, además, generalmente ha sido independiente de nuestros gustos, inquietudes y deseos, y ha solido aparecer vinculada al ámbito doméstico, la obligación y el deber (Zafra, 2007). Los hombres, por el contrario, han sido socializados en ser servidos y alimentados por las mujeres de sus vidas: generalmente, sus madres, esposas o hijas, normalmente sin recompensarlas económica ni simbólicamente por ello. Así, “en este reparto de papeles, que se aprende por medio de la socialización, el hombre es el principal destinatario del servicio y el devorador de alimento que la mujer ha aprendido a preparar” (Gómez, 2003, p. 42). Los hombres han sido educados en que ser cotidianamente servidos y alimentados por mujeres es algo normal, lógico, su derecho natural como seres humanos y algo que pueden “exigir”, aunque hay que destacar que ni unos ni otras tienen un papel pasivo en el proceso de socialización, y que ambos géneros reelaboran los mensajes recibidos por la sociedad a partir de su propia experiencia (Zafra, 2007).

La socialización del cuerpo también presenta diferencias notables por género. Lo que Naomi Wolf (2020) denomina como “ideología de la belleza” impone unos cánones estéticos imposibles de cumplir a las mujeres conforme estas van avanzando en el terreno de la igualdad formal. Según Wolf, mientras en la esfera pública se van conquistando poco a poco cada vez más derechos gracias a los avances feministas, paralelamente se dirige una ofensiva invisible que lleva a la población femenina a obsesionarse con la delgadez y la juventud, llegando incluso a enfermar por ello. La anorexia y la bulimia son malestares que, según esta autora, deben leerse desde aquí: conforme las mujeres van ganando terreno en el espacio público, los mandatos sociales les indican que deben ocupar cada vez menos espacio. Así, se institucionaliza la “mujer delgada” como un ideal de feminidad respetable y exitosa (Malson, 2003), figura que no puede separarse ni de los modos de entender el cuerpo ni de los discursos de género y que lleva a muchas mujeres a embarcarse en peligrosas cruzadas por perder peso y mantener un determinado aspecto físico.

En este sentido, podría pensarse en los malestares alimentarios como experiencias que no se distribuyen equitativamente entre la población y que muestran una acusada brecha de género, ya que afectan de modo desigual a hombres y a mujeres. Autoras como Kim Chernin (1981, 1985) o Morag MacSween (1993) las relacionan directamente con una crisis de identidad femenina surgida de la necesidad de compatibilizar roles ambiguos en una sociedad contradictoria con respecto al papel de las mujeres y a sus (im)posibilidades. Otras autoras, como Susie Orbach (1993), defienden que surgen de la confusión que sienten muchas mujeres acerca de cuánto espacio pueden ocupar sus cuerpos, emociones, deseos y necesidades. En cualquier caso, parece innegable que el cuerpo y la alimentación constituyen elementos centrales en la construcción de las identidades de género. Las mujeres recurren a algo con tanto valor simbólico y material como la corporalidad o la alimentación para expresar y gestionar situaciones, relaciones y afectos de distinta índole que en ningún caso pueden desligarse de su vivencia como sujetos sociales y de los roles que se les atribuyen (Gracia-Arnaiz, 2002, 2006, 2015).

A nivel social, el cuerpo femenino se construye como atractivo, disponible y ultrajable, en oposición al cuerpo masculino, que se construye como autónomo, activo e invasivo (MacSween, 1993). Siguiendo a Bordo (1993, 2001), como consecuencia de la herencia filosófica occidental, los hombres

piensan en su cuerpo como en una conexión directa y natural con el mundo, como algo que, sencillamente, dan por hecho. Sin embargo, las mujeres vivimos el cuerpo como un “oso pesado”, como un lastre molesto con el que debemos cargar y de cuyas molestas necesidades debemos ocuparnos. Sin embargo, esta situación estructural de desventaja es utilizada por muchas mujeres que intentan sacar el máximo partido a su imagen corporal y que convierten su cuerpo en su mercancía más valiosa, “el objeto con el que negocian el mundo” (Orbach, 1993, p. 16). A su vez, existe una incuestionable vinculación entre el hambre femenina y el deseo sexual. Mientras el hambre masculina es aceptada y legitimada socialmente, el apetito femenino es percibido como algo amenazante que pone en peligro el orden social y que debe ser controlado, escondido y regulado (Bordo, 1999). Por eso, las mujeres han sido quienes han tenido una relación con el hambre mucho más próxima, íntima y conflictiva que los hombres. Siguiendo a Mabel Gracia-Arnaiz (2015):

Histórica y etnográficamente el ayuno femenino, en mayor proporción que el masculino, ha sido utilizado con diferentes finalidades. El no-comer, a menudo silencioso, para regular los recursos económicos del grupo, para socializar a sus miembros o para asegurar el control social. Cada una de ellas tiene un valor específico. En nuestra cultura, las mujeres nutren, abastecen, educan, sirven... a través de la comida. Consecuentemente, esta vinculación con la alimentación atraviesa el sistema de género, las relaciones interpersonales, la comunicación afectiva e incluso la aprehensión del riesgo, de tal forma que se convierte, si así se ha aprendido o se permite, en una herramienta para expresar relaciones y emociones de índole diversa. (p. 57)

No resulta extraño, pues, que, mientras los hombres manifiestan actitudes saciativas y hedonistas con la comida basadas en el placer, el goce y el disfrute, las mujeres destaquen por la vigilancia, la medida, la renuncia y el autocontrol (Zafra, 2007). Tampoco parece sorprendente que sean estas quienes manifiestan una mayor preocupación por la forma de su cuerpo, que puede derivar fácilmente en ansiedades diversas y que puede materializarse en prácticas concretas como los ayunos, el deporte excesivo, los vómitos autoinducidos o los atracones. En este sentido, y como en todo momento se está hablando de tendencias culturales a gran escala, parece evidente no solo que las mujeres tendrían más posibilidades que los hombres de

padecer alguno de estos malestares, sino que estos están indudablemente relacionados con el género y con lo que significa vivir como una mujer en un mundo caracterizado por la desigualdad estructural y una “feminidad irreconciliable” (Macleod, 1982, p. 92). Como escribe Marya Hornbacher (2002) en su autobiografía, “mi cuerpo anoréxico era una declaración confusa (...) tanto una disculpa por ser una mujer como un intento retorcido de demostrar que una mujer puede valer tanto como un hombre” (p. 299).

Sin embargo, la anorexia y la bulimia nerviosa, además de ser una experiencia fenomenológica, una práctica de subjetivación (Sánchez Hernández, 2007), una determinada relación con el cuerpo y con el entorno que “afecta” de un modo particular a las mujeres (quizás desde una perspectiva interseccional⁴ podría matizarse que a algunas mujeres), también son un diagnóstico clínico dirigido precisamente a “atrapar” mujeres. Es decir, además de un malestar femenino, podría decirse que se trata de una etiqueta feminizada diseñada para categorizar mujeres (nuevamente, desde una perspectiva interseccional podría puntualizarse que a algunas mujeres, sobre todo a aquellas jóvenes, blancas y de clase media). Los hombres que “sufren” este tipo de malestares están ubicados, como plantea la antropóloga Raquel Santiso (2007), basándose en la propuesta de Connell (1995) sobre las masculinidades subordinadas, “en la parte más baja de una jerarquía entre hombres, y respecto a las que suele darse una confusión simbólica con la feminidad, lo que puede suponer diferentes grados de exclusión social” (p. 134), así como un acceso diferencial al diagnóstico o al tratamiento. Estos hombres

4 Aunque escasos, hay algunos trabajos interesantes sobre el tema desde una óptica interseccional, como los trabajos de Becky W. Thompson (1994a, 1994b), que centran su análisis en los malestares de mujeres racializadas, de clase trabajadora y/o lesbianas que se alejan del retrato robot que la psiquiatría maneja sobre estas pacientes. También destacan el artículo de Helen Gremillion (2008), “The Race and Class Politics of Anorexia Nervosa: Unravelling White, Middle-Class Standards in Representations of Eating Problems”, o la tesis doctoral de Mariola Bernal Solano (2010), que se centra en realizar un análisis transcultural sobre el tema, investigando la experiencia de mujeres que han vivido procesos migratorios y su efecto en las prácticas alimentarias. Sin embargo, cualquier trabajo que pretenda incorporar una perspectiva interseccional debe enfrentarse a una paradoja de difícil solución: la propia experiencia de “sufrir” un malestar alimentario está inevitablemente condicionada por los marcos sociales y los modelos de atención, que siguen restringidos a un tipo especial de mujeres: jóvenes, blancas, de clase media (González Aguado, 2014). Esto no quiere decir que, como muestran estos trabajos, otro tipo de mujeres no presenten conflictos con su cuerpo que cuestionan los parámetros biomédicos, pero sí obliga a considerar los modos en los que esta vivencia está también inevitablemente moldeada por estos mismos parámetros, pese a que también puedan darse (y, de hecho, se den constantemente) fugas y contradicciones.

suelen ser feminizados a través de una vinculación psiquiátricamente sostenida y reforzada entre anorexia masculina y homosexualidad (Brain, 2006), como puede comprobarse fácilmente con la lectura de cualquier texto clásico sobre el tema. Según Santiso (2007), estos hombres representan, desenmascaran y encarnan los conflictos actuales existentes en torno a la masculinidad, aunque siguiendo a otras autoras como Orbach (1993), una sintomatología similar entre hombres y mujeres respecto a la alimentación no implica que expresen los mismos “trastornos”, ya que la psicología de cada género está moldeada de distinto modo. En este sentido, las prácticas restrictivas o compulsivas en los hombres tendrían una génesis, una motivación y una razón de ser distinta a la anorexia o la bulimia femeninas.

Sin querer entrar en este debate, parece evidente que la anorexia y la bulimia, no ya como prácticas alimentarias, sino como construcciones clínicas, tampoco son neutrales al género: están claramente orientadas hacia las mujeres (hacia algunas mujeres). Utilizo el término “orientación” en el sentido otorgado por la filósofa feminista Sara Ahmed (2019), como una forma de regular socialmente las relaciones de proximidad y distancia entre los cuerpos; como un modo de habitar un espacio en el que algunos objetos “tienden” hacia otros en un movimiento que, aunque se perciba como natural, es socialmente inducido y requiere de un trabajo constante para ser mantenido. En este sentido, los diagnósticos psiquiátricos pueden pensarse, al igual que cualquier otro objeto, como lo que Ahmed (2019) conceptualiza como “dispositivos de orientación”, esto es, artefactos dirigidos hacia un lugar determinado que, por medio de la repetición y el hábito, terminan adquiriendo la forma de esos lugares a los que se han visto forzados a acercarse. Los diagnósticos pueden ser entendidos así como estructuras materiales, sociales y culturales de sentido que “apuntan” a un ángulo determinado y, así, permiten “mirar” en una dirección y no en cualquier otra, a la par que dirigen y colocan a los cuerpos en el mundo. En este sentido, la anorexia y la bulimia no serían solo algo que los cuerpos “hacen” sino también algo que “se hace” a los cuerpos, categorías lingüísticas que son aplicadas sobre la superficie de los mismos y que inevitablemente les dan forma por medio de complejos procesos de materialización (Butler, 1993) que involucran constantemente al cuerpo y al lenguaje. El diagnóstico es un mecanismo discursivo que categoriza, produce y consolida los cuerpos como “anoréxicos” o “bulímicos”.

Así, además de constituir experiencias subjetivas, la anorexia y la bulimia son entidades construidas como objetos de la ciencia médica (véanse, por ejemplo, los trabajos de MacSween, 1993; Hepworth, 1999; Gil García, 2005; y González Aguado, 2010), que toman forma en prácticas clínicas concretas y en estructuras institucionales de atención que llevan consigo una determinada marca de género. La anorexia y la bulimia no serían solo malestares femeninos, sino también feminizados: los cuerpos de las mujeres (de algunas mujeres) son el eje al que se dirigen las categorías y los tratamientos, su principal blanco. Es decir, no es solo que las mujeres tengan una mayor propensión a “enfermar”, sino que también la tienen a recibir un diagnóstico y, por tanto, a devenir “enfermas”, devenir anoréxicas (Darmon, 2008). Ambas tendencias, por supuesto, aparecen totalmente imbricadas en la realidad, siendo imposible separar las causas de los efectos.

El diagnóstico como indicador de una feminidad desviada: La performatividad de la etiqueta

Los “trastornos de la conducta alimentaria” son etiquetas pensadas y manejadas para “atrapar” mujeres, para capturar experiencias femeninas y ofrecer un marco interpretativo desde el que puedan ser leídas: un marco basado en la patologización. Una vez que el diagnóstico es decretado, es verbalizado en voz alta por un profesional sanitario y anotado en un historial médico, lo que hasta entonces era considerado “normal” es convertido inmediatamente en una patología que requiere ser tratada. Las categorías psiquiátricas son dispositivos que, en palabras de María González Aguado (2010), “encriptan” y convierten las descripciones médicas de las enfermedades en realidades inabordables desde cualquier otro enfoque que no sea el biomédico. Desde el marco clínico, se asume además que estos malestares son “problemas” de mujeres, lo que incrementa considerablemente las posibilidades de que una mujer que acuda a una consulta médica con bajo peso o con pautas dietéticas valoradas como insuficientes, excesivas o sencillamente desordenadas, sea inmediatamente diagnosticada de anorexia o de bulimia.

O, lo que es lo mismo, que ante síntomas similares, sea mucho más complicado que un hombre reciba un diagnóstico de este tipo. Como se parte de la base de que son malestares femeninos, estos terminan siéndolo,

en el sentido en el que terminan “orientados” a “capturar” mujeres, lo que facilita que lo hagan y que, encima, esta asociación parezca absolutamente natural, racional, evidente por sí misma. Como afirman autoras como Eva Zafra (2007), el perfil diagnóstico se ha construido sobre un modelo estereotipado de género femenino, lo que a su vez lleva a la subestimación de prácticas restrictivas-compulsivas en los chicos y a la perpetuación y reproducción de un modelo de atención y de prevención desigual que, al seguir determinadas premisas, no hace sino confirmar y reforzar constantemente los mismos resultados de los que ya parte. En este sentido, la anorexia sería únicamente una de entre una larga lista de condiciones diagnósticas que han definido los parámetros de lo que consiste una feminidad “normal” y “saludable”, de cuándo esta es demasiado discreta o, al contrario, totalmente exagerada (Saukko, 2008).

Que la anorexia y la bulimia funcionen como dispositivos de orientación hacia las mujeres no resulta sorprendente si tenemos en cuenta la naturaleza discursivamente femenina de los malestares alimentarios y cómo estos son producidos en diálogo constante con las normas sobre feminidad, encapsulando una multiplicidad de feminidades contradictorias (Malson, 2003). La propia diferenciación entre un “trastorno” y el otro obedece a motivos de género. Siguiendo a María González Aguado (2010), ambos son constructos médicos basados en dos modelos de feminidad “heterónomos, contradictorios y jerarquizados” (p. 198). La dualidad entre los dos es palpable: “la anorexia sería la encarnación patológica del estereotipo de feminidad tradicional, caracterizado por la virtud y la fragilidad, mientras que la bulimia sería el correlato de una feminidad desviada y fuera de sí, capaz de cometer todo tipo de excesos” (González Aguado, 2010, p. 163). La bulimia estaría así caracterizada por el egoísmo, la falta de control, la codicia y la promiscuidad, mientras que la anorexia representaría la abstinencia, la pasividad y la disciplina extrema, cualidades valoradas solo hasta cierto punto más allá del cual se consideran obsesivas y extremas (Burns, 2004). Las narrativas sobre la anorexia y la bulimia con frecuencia presentan la figura de dos “chicas malas”, una que es “demasiado frígida/rígida” y la otra que es “demasiado tolerante/desmesurada” (Saukko, 2008). Serían así “enfermedades” que, por un motivo o por otro, o por exceso o por defecto, reflejan una feminidad patológica.

Además, ambas “enfermedades” no gozan del mismo reconocimiento clínico y están “separadas por una distancia ontológica infranqueable” (Moreno Pestaña, 2010, p. 231). La bulimia, como categoría clínica más reciente, se constituye como lo “otro”, como la alteridad, como un mero dialecto (Recalcati, 2003) en oposición a la categoría central (la anorexia) cuya construcción clínica es mucho más antigua y, por tanto, se establece como lo principal (Burns, 2004). Moreno Pestaña (2010) considera que esta oposición simbólica obedece a criterios de clase y a ideas sobre lo “distinguido” y lo “vulgar”. En esta misma línea, Marya Hornbacher (2002) incluso se refiere a la bulimia como “la pariente pobre de la anorexia, tanto en términos médicos como de admiración” (p. 202). En cualquier caso, y aunque la jerarquía entre las dos sea palpable, ambas construcciones discursivas están basadas en dos modelos diferenciados y binarios de lo que es (y debe ser) una mujer. Esto resulta interesante. Como ya adelantaron teóricas feministas como Sandra Harding (1997), “mujer” y “feminidad” son conceptos contruidos desde visiones e intereses masculinos y que constantemente son utilizados para sostener y legitimar un determinado orden social. La definición de los problemas científicos lleva siempre consigo las huellas de los grupos dominantes que los plantean. Según Harding, el dualismo y la separación del mundo en pares de opuestos, en esquemas de contraste y categorías de oposición, son piezas fundamentales de este proyecto de dominación masculina:

La preocupación por definir y mantener una serie de dicotomías rígidas en la ciencia y en la epistemología ya no parece un reflejo del carácter progresista de la investigación científica, sino que está inextricablemente relacionada con necesidades y deseos específicamente masculinos —y quizá exclusivamente occidentales y burgueses—. (Harding, 1997, p. 22)

Así, los criterios científicos (también los médicos) tienen más que ver con las formas de organizar el mundo desde ciertas miradas que con el mundo que se pretende analizar en sí, algo que puede extrapolarse fácilmente al caso de la anorexia y la bulimia, donde el binarismo y la confrontación entre ambos términos impregna no solo las categorías diagnósticas, sino también los modos de plantear los tratamientos médicos. Esta dualidad diagnóstica tan dicotómica no deja de resultar sorprendente cuando, en los casos concretos de personas particulares, prácticas de ayuno y de atracón se combinan y superponen constantemente de infinitas maneras posibles, poniendo en cuestión esta conceptualización binaria y simplista sobre

la que, sin embargo, se sustentan prácticas clínicas concretas con efectos reales en la vida y en los cuerpos de las mujeres.

Además, el diagnóstico también genera identidad en quien lo recibe, haciendo que la etiqueta ofrezca a la paciente respuestas certeras sobre su propia identidad. Solo desde aquí puede explicarse “la tenacidad con que las pacientes parecen aferrarse a estas etiquetas diagnósticas” (Tubert, 2000, p. 290) y el modo en el que constantemente tienden a buscarse en ellas, a edificar su identidad desde la patología que les ha sido asignada y desde la que se pretende explicar todos los pormenores no solo de su conducta, sino también de lo que “son”. Si bien la intervención clínica representa solo uno de los muchos contextos en los que se producen las subjetividades de las mujeres diagnosticadas, es particularmente significativa debido a las dinámicas de poder implicadas (Moulding, 2006). En este sentido, podría decirse que el diagnóstico no solo está orientado en una cierta dirección, sino que “orienta” a quienes lo reciben en ciertas prácticas y no en otras, las “encauza” hacia un determinado itinerario e incluso en cumplir con un determinado modelo de género en función de la categoría asignada y de las expectativas ligadas a ella. Así, podría decirse que, como ya adelantó Judith Butler sobre el género (1993), el diagnóstico también actúa de modo performativo, esto es, construyendo de forma reiterada la realidad que pretende describir y produciendo constantemente a los sujetos a través de prácticas social e históricamente reguladas.

Defender que el diagnóstico y el tratamiento actúan de un modo performativo obliga a desestabilizar el eje de atención y anima a que nos preguntemos no solo por qué ciertas personas (en este caso, mujeres) realizan determinadas prácticas (en este caso, comer “poco”, “mal” o “demasiado”) en mayor medida que los hombres, sino por cómo dichas prácticas son conceptualizadas y organizadas en un sistema preestablecido en el que son inscritas; en un marco de legibilidad solo desde el cual adquieren sentido. Siguiendo a Butler (1993), “de manera general, lo performativo funciona para producir lo que declara (...) las performativas constituyen un lugar de producción discursiva” (p. 163). Los diagnósticos serían así prácticas discursivas que logran su eficacia por medio de la repetición. Los profesionales elaboran activamente los tipos particulares de cuerpos que creen describir, produciendo efectos encarnados muy reales y socialmente localizados al actuar como si estos cuerpos preexistieran a la medicalización (Gremillion, 2002). Como si, de hecho, no fueran constituidos en este mismo proceso.

En fin, la anorexia y la bulimia también son el efecto de ciertas normas discursivas vigentes en el entorno clínico que hacen que ciertos cuerpos “aparezcan”, emerjan, como reales, legibles o inteligibles, en este caso, como “enfermos”, problemáticos o curables. Pese a que la biomedicina intente presentarse a sí misma como “copia de los hechos” (Martínez-Hernández, 2011), es decir, como disciplina aséptica, objetiva, desapasionada e imparcial cuyas categorías se limitan a “atrapar” una parcela de la realidad, no es posible encuadrar el mundo, nombrarlo y actuar en él sin alterarlo. El diagnóstico no es una categoría descriptiva que permite clasificar de forma neutral una “enfermedad” preexistente en función de signos y síntomas observables e inequívocos, pues en el propio procedimiento de aplicación construye esa enfermedad y al sujeto que la vive como paciente necesitado de intervención. Gracias, entre otras cosas, a los trabajos de Michel Foucault (1981), sabemos que las categorías clínicas no solo describen, sino que definen, regulan, ordenan y normalizan los cuerpos sobre la base de un proyecto político de control de la vida que el teórico francés conceptualizó como “biopoder”. Y en este proceso de patologización de las conductas desviadas, las etiquetas consiguen que los sujetos no solo sean vistos como “enfermos”, sino que ellos mismos empiecen a percibirse como tal y a comportarse de forma coherente con este nuevo rol social que se les ha atribuido. En este sentido, los diagnósticos tienen la capacidad no solo de constituir sujetos de forma externa, sino también de construirlos de forma interna, ya que las expectativas harán que tiendan a convertirse en aquello que se espera de ellos en función de cómo han sido definidos clínicamente (Hacking, 2006).

Algo que no deja de resultar llamativo si tenemos en cuenta la arbitrariedad y contextualidad que envuelve al diagnóstico (Gómez, 2003; Zafra, 2007). Las descripciones médicas dialogan constantemente con conocimientos locales, haciendo que, como propone la antropóloga Rebecca Lester (2007), puedan diferenciarse dos modelos diferentes: el “diagnóstico duro” (los síndromes tal y como aparecen descritos en los manuales de medicina) y el “diagnóstico blando” (los modelos de trabajo locales y concretos que utilizan los clínicos a partir de su experiencia y a las relaciones sociales en las que están insertos). Esto coloca al diagnóstico en una situación en la que, lejos de ser universal o unívoco, se convierte en absolutamente dependiente del contexto, de los valores culturales y del entorno en el que es (o no es) emitido. Desde esta óptica, todo diagnóstico es un posible no diagnóstico y, como recuerda Lester (2019), lo que “es” un “trastorno”, lejos de ser

evidente, es una situación fluida y cambiante que se negocia continuamente en las interacciones entre diferentes partes interesadas.

Por tanto, defender que el diagnóstico actúa de modo performativo obliga también a desviar la mirada de la realidad que pretende ser representada (las dificultades con la alimentación) y posarla en la propia categoría, interrogando a esta sobre su dimensión práctica, situacional y política: sobre su capacidad de hacer cosas, de producir efectos en los cuerpos y en el mundo. Anorexia y bulimia no hacen referencia (solo) a “cosas” que hacen algunas mujeres, sino que son conceptos que hacen cosas en sí mismos, y en las propias mujeres que reciben el impacto de estos conceptos. Hacen cosas y les hacen hacer cosas, muchas veces para estar a la altura del concepto que se les ha depositado; otras veces para cuestionarlo y rebelarse contra él. Como ya adelantó Butler (1993) sobre el género, su asimilación nunca es total, y siempre está sujeta a fugas, algo que puede extrapolarse fácilmente a todo sistema de control social. Sabemos, gracias también a las aportaciones de Foucault (1977), que el poder nunca se da sin resistencia.

¿Y los tratamientos?: La intervención clínica como proyecto feminizante

Como ya se ha visto, la biomedicina como práctica cultural y social (Lupton, 1994) y, en concreto, la Psiquiatría como disciplina encargada de discernir entre el comportamiento normal y el patológico, constantemente construyen pacientes, y esta construcción suele suponer de forma automática la legitimación del tratamiento. Aunque en el caso de los “trastornos de la conducta alimentaria” este puede ser de muchos tipos diferentes en función de las características de cada caso (tratamiento ambulatorio, centro de día, ingreso en un centro especializado, en unidad de agudos...), suele caracterizarse por el control y la pérdida de libertad. Si en el punto anterior se ha discutido el papel del diagnóstico y algunos de sus sesgos, en este va a defenderse el tratamiento médico como proyecto no solo sexualizado, sino sexualizante: como una tecnología no solo destinada a mujeres, sino que tiene como objetivo precisamente el disciplinamiento de la feminidad (Moulding, 2006).

Teresa de Lauretis (1987, 2000) plantea que el género funciona como una tecnología social, esto es, como un conjunto de prácticas, discursos, epistemologías, instituciones y aparatos culturales que construyen,

organizan y regulan las diferencias sexuales entre los cuerpos. Según esta autora, se trata de un proceso cotidiano en constante (re)producción que se genera en las relaciones sociales, pero que también fabrica subjetividades y nos “engendra” como hombres o como mujeres. En este sentido, los tratamientos médicos pueden pensarse como “tecnologías de género”, como uno de los dispositivos por medio del cual se “hace”, reproduce y representa el género. Son incontables los trabajos que, desde diversas perspectivas, han denunciado el papel de la Psiquiatría como instrumento ideológico de control patriarcal sobre el cuerpo y la vida de las mujeres. En una obra que puede considerarse pionera, Phyllis Chesler (1972/2019) subraya que el sistema psiquiátrico históricamente ha patologizado a las mujeres tanto por desafiar las normas de género como por cumplirlas rigurosamente. En este sentido, los “trastornos de la conducta alimentaria”, como malestares que se caracterizan por la aparente adhesión a las normas sociales, aunque también por su cuestionamiento y ridiculización (Tubert, 2000), constituyen un caso de estudio ideal para analizar la práctica psiquiátrica como “orden social” (Gremillion, 1992). Esto es, para estudiar su continuidad con el *statu quo* y con los valores dominantes.

Siguiendo a Ahmed (2019), cuerpos y espacios están coconstituidos, esto es, los cuerpos constantemente se orientan dentro de marcos normativos que definen qué espacios resultan accesibles, cómodos o inhóspitos, y a la vez, los espacios se producen mediante la repetición de esas orientaciones. Así, el género “es un efecto de cómo los cuerpos ocupan los objetos, lo que implica cómo ocupan el espacio al ser ocupados de una forma o de otra” (p. 87). En este sentido, podría decirse que la psicoterapia, los tratamientos médicos y los centros psiquiátricos en general son espacios claramente feminizados, pensados para ser ocupados por mujeres, pero también feminizantes: lugares en los que, entre otras cosas, se restaura el régimen de género y se pretende (re)generar una feminidad normativa. Los cuerpos femeninos “encajan” perfectamente en estos entornos contruidos precisamente para “acomodarlas”, como si fueran trajes hechos a medida, pero el fin último de estos lugares no deja de ser “hacerlas encajar”. La disciplina psiquiátrica puede pensarse como unos “dispositivos de enderezamiento” (Ahmed, 2019), esto es, como un mecanismo que busca “alinearse” los cuerpos a la norma, para que estos encajen en los estándares sociales.

Para ilustrar esta idea puede pensarse en la centralidad que adquiere el periodo tanto en el proceso diagnóstico (su ausencia, denominada clínicamente como amenorrea, fue un criterio diagnóstico central de la anorexia nerviosa) como en el modelo de intervención. La ideología de la

normatividad menstrual en la que se basa el modelo biomédico presupone que todas las mujeres, y que solo las mujeres, menstrúan (Guilló, 2023). En tanto que el cuerpo femenino “normal” se define médicamente por su función reproductora (Esteban, 2001), la pérdida de la menstruación corresponde a un síntoma de enfermedad, una “avería” que debe ser subsanada lo antes posible. Muchas personas diagnosticadas de anorexia y/o bulimia han perdido la menstruación total o parcialmente, por lo que la recuperación de la misma se establece como objetivo prioritario de cualquier tratamiento y como un indicador de mejora, muchas veces innegociable, para conseguir el alta médica.

En este sentido, si estas mujeres han comenzado de forma inconsciente con sus cuerpos un trabajo de transformación de sí (Darmon, 2008), de des-feminización (en el sentido de perder las formas femeninas como el pecho o la cadera, crecimiento de vello corporal y pérdida de la regla), la intervención clínica se basa precisamente en “devolver” sus cuerpos a la “normalidad”, lo que implica, por supuesto, la recuperación de sus funciones reproductivas. La biomedicina asume que un cuerpo femenino “normal” “debe” menstruar para poder cumplir con el imperativo de la maternidad. Esto no deja de resultar curioso porque en los casos de otros diagnósticos psiquiátricos, la tendencia suele ser justamente evitar que las mujeres se reproduzcan, y para ello se han llevado a cabo históricamente prácticas clínicas como las esterilizaciones forzosas, los abortos coaccionados o, sencillamente, sembrar dudas sobre su capacidad de ser buena madre o incluso sobre si su “trastorno” no será hereditario. En este sentido, puede observarse cómo hay ideas muy arraigadas en la práctica psiquiátrica sobre qué cuerpos deben reproducirse y cuáles no; sobre qué mujeres deben ser “feminizadas” de nuevo y cuáles deben abandonar su rol social cuanto antes debido a su condición de anormalidad.

Hay otras autoras que también han estudiado cómo los propios tratamientos médicos reconfiguran las relaciones de género. En su clásico *Feeding Anorexia: Gender and Power at a Treatment Center*, la antropóloga Helen Gremillion (2003) comparte los resultados de su trabajo etnográfico realizado en un centro de EE.UU. para mostrar que las intervenciones clínicas no son neutrales al género, sino que, inevitablemente, reproducen normas culturales sobre el cuerpo, la feminidad y el poder. Hay que tener en cuenta que las personas diagnosticadas de estos “trastornos” tienen fama de ser pacientes difíciles, tramposas, infantiles, vanidosas, manipuladoras y resistentes al tratamiento, por lo que la intervención terapéutica, basada en el control, el aislamiento y la ganancia de peso, pretende legitimar

precisamente nuevos modelos de obediencia basados en la disciplina y el acatamiento de las normas.

En este sentido, resulta inspirador el trabajo de Sara Ahmed (2014) sobre la voluntad y sobre las “niñas obstinadas”, ya que, aunque surgido en otro contexto, permite pensar en los tratamientos aplicados a estas pacientes como “dispositivos de enderezamiento” hacia mujeres con “demasiada voluntad” que se niegan a obedecer. Si la obstinación es, como plantea Ahmed, un diagnóstico de carácter sobre quienes se resisten a seguir las indicaciones de la autoridad, puede pensarse en ella como en un segundo diagnóstico: como un diagnóstico superpuesto a ciertos “trastornos” que se plantean como “problemas de voluntad” y que, para enmendarse, requieren trabajar la obediencia y la disciplina como herramientas pedagógicas. La institucionalización de un modelo clínico de atención basado en un sistema de privilegios y castigos, donde la desobediencia suele conllevar sanciones ejemplarizantes, puede pensarse desde aquí: como una forma de castigar duramente el cuestionamiento a la autoridad, y de premiar el acatamiento, la docilidad y la sumisión. Otras autoras destacan además que los clínicos tienen tendencia a recurrir a la violencia y a la fuerza física debido a las propias normas de género que hacen que no puedan permitirse otras estrategias menos virulentas, ya que “su propio concepto de masculinidad está en juego” (Gómez, 2003, p. 72). En este sentido, no sería solo que el tratamiento sea una tecnología para construir una feminidad “aceptable”, sino que sería también el espacio en el que los psiquiatras⁵ despliegan, negocian y ponen a prueba constantemente su propio rol y su posición de autoridad. Por ejemplo, Nicole Moulding (2006) denuncia que las intervenciones médicas constantemente redefinen una feminidad contradictoria en relación con la autonomía y el control. Destaca cómo el actual enfoque médico refuerza que los psiquiatras asuman un rol de padre autoritario, mientras que las pacientes diagnosticadas se ven en la obligación de encarnar el rol de hijas, generándose dinámicas desiguales de dependencia, paternalismo y tutelaje que, inevitablemente, (re)producen las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres.

Rebecca Lester (2019), por su parte, considera que el problema es que estos “trastornos” perturban los regímenes existentes de conocimiento y

⁵ No me estoy refiriendo únicamente a los psiquiatras hombres, sino al ámbito profesional de la Psiquiatría como un espacio de prestigio y poder y, por tanto, como un espacio masculinizado, independientemente de que también puedan encontrarse en él (y, de hecho, cada vez sean más) psiquiatras mujeres ejerciendo su labor.

percepción, ya que no encajan claramente en las categorías biomédicas comunes basadas en una separación tajante entre el cuerpo y la mente. Esto los convierte en un “asunto fuera de lugar” (p. 178) que los clínicos constantemente intentan, sin éxito, subsumir e incorporar dentro de sus paradigmas y marcos analíticos, en no pocas ocasiones, a la fuerza. Lester estudia cómo esta incapacidad médica para entender estas “enfermedades” genera lógicas perversas en las que el cuidado y el daño se enredan constantemente, reflejando las tensiones occidentales sobre nociones como presencia, ausencia, voluntad y legitimidad, todas ellas, por supuesto, de indudable dimensión de género y que, además, habilitan un acceso diferencial a los recursos sanitarios. Según esta autora, el modelo de tratamiento (al menos, en el contexto estadounidense), es el resultado de siglos de suposiciones sobre categorías como el género, la raza y la clase social, que generan ideas preconcebidas sobre quién se enferma y por qué, quién es moralmente responsable de qué tipo de sufrimiento, cómo es la salud y cómo se logrará la recuperación.

Hay muchos más aspectos que podrían discutirse al pensar en los tratamientos como tecnologías de género, y en los que no va a profundizarse por falta de espacio. Por ejemplo, podría destacarse el papel del hospital y de los centros psiquiátricos como lugares en los que, como en otros tantos, se (re)produce, valida e invisibiliza constantemente la violencia sexual (Chesler, 1972/2019; Guzmán y García-Dauder, 2024). Incluso a día de hoy, este tipo de centros no resultan seguros para las mujeres y, aunque haya pocos estudios al respecto dadas las dificultades para medir la dimensión del problema, se sabe que son frecuentes los abusos por parte de otros pacientes o incluso por parte de profesionales. También se sabe que es una realidad difícil de denunciar, debido a las relaciones de poder que se fraguan en estos contextos y a la escasa credibilidad otorgada a la palabra de las mujeres, especialmente a aquellas que tienen que cargar con el peso de un diagnóstico psiquiátrico.

En definitiva, la Psiquiatría ha sido históricamente una disciplina dirigida al control del cuerpo y de la vida de las mujeres. Los tratamientos médicos en general, y los centrados en la anorexia y la bulimia en particular, pueden ser pensados como dispositivos de enderezamiento que tienen por objetivo ajustar los cuerpos a la norma. Los espacios clínicos tienen por objetivo el disciplinamiento de una feminidad leída en clave patológica, funcionando habitualmente como tecnologías de género mediante las cuales se reinstauran, reproducen y regulan las relaciones de género y la desigualdad de poder que traen consigo.

Conclusiones

Este ensayo ha orbitado sobre la pregunta de cómo actúa el género en los malestares alimentarios, tratando de ofrecer una respuesta a una histórica preocupación médica y social sobre el marcado desequilibrio entre hombres y mujeres que caracteriza a estos “trastornos” y que los vincula directamente a lo femenino, la corporalidad, la irracionalidad y la patología. En este sentido, el ensayo ha comenzado analizando los factores que facilitan que las mujeres, por motivos históricos, sociales y culturales, recurran al cuerpo y a la alimentación para gestionar el día a día en mayor proporción que los hombres. Las aportaciones del feminismo cultural resultan muy útiles para entender que la relación con la corporalidad, el hambre y la brecha de género que presentan son mecanismos de regulación social y, por tanto, asuntos profundamente políticos que deben ser analizados como tales.

Sin embargo, también se ha visto que no solo la experiencia del ayuno, la purga o el comer compulsivo se distribuye de un modo desigual entre la población en función del género (también de otras variables como la edad o la clase), sino que los propios conceptos diagnósticos que pretenden “apresar” estas prácticas alimentarias y darles un nombre tampoco lo hacen. Ante las mismas conductas, hombres y mujeres no tienen las mismas posibilidades de recibir un diagnóstico psiquiátrico, de ser medicalizados por ello y de pasar a ser percibidos (y, por tanto, a considerarse a sí mismos) como anoréxicos o bulímicos. Se ha defendido que, debido a su histórica vinculación con lo femenino, los diagnósticos de anorexia y bulimia nerviosa están “orientados” para “atrapar” mujeres y, por tanto, son ellas las que “encajan” en las categorías, lo que termina reforzando esta vinculación y volviéndola real, tangible, efectiva y funcional. Como “son” “enfermedades” de mujeres, son estas (al menos, algunas mujeres) quienes mayoritariamente reciben un diagnóstico, fortaleciendo cada vez más esta asociación. Podría decirse que, como son “enfermedades” de mujeres, terminan siéndolo, terminan designando y tratando a mujeres y proponiendo un determinado modelo de feminidad en función de la categoría recibida. En este sentido, se ha visto que los diagnósticos funcionan de manera performativa, generando muchas veces los efectos que parecen describir y reproduciendo (no solo reflejando) la vinculación histórica entre estos malestares y la feminidad.

Así, se ha argumentado que anorexia y bulimia son “patologías” femeninas, pero también feminizadas y feminizantes: esto es, dirigidas a las mujeres y que pretenden “encauzarlas” de nuevo en las normas de feminidad. Este matiz entre estos tres conceptos es importante, especialmente en un contexto postpandémico en el que frecuentemente se alerta sobre el aumento de casos y su gravedad, ya que parece que esta alerta social sobre la necesidad de aumentar la cantidad de recursos sanitarios destinados a la salud mental no está viniendo de la mano de una reflexión igual de importante, aunque necesariamente más compleja, sobre los modos de categorizar a las pacientes y sobre la institucionalización y sus efectos. Si bien este artículo plantea muchas más preguntas que respuestas o propuestas concretas, se asume que un primer paso debe pasar por problematizar los tratamientos actuales y los principios sobre los que se sustentan.

En definitiva, si bien la vivencia de la corporalidad y del hambre tienen una innegable marca de género, necesaria de visibilizar y analizar, no es menos cierto que el proceso diagnóstico y el modo en el que son planteados los tratamientos médicos también la tienen y la refuerzan. Las mujeres son quienes mayoritariamente presentan mayores problemas con la alimentación, pero también son a quienes más se aplican estas categorías y los tratamientos médicos, provocando que las causas de los malestares se mezclen con los efectos de los mismos y haciendo imposible calibrar hasta qué punto estos “trastornos” son malestares femeninos, feminizados o feminizantes. Cualquier análisis desde una perspectiva de género o feminista debe situarse justo en esta tensión, no para intentar resolverla, sino para identificarla y hacerse cargo de ella. Solo así se podrán realizar análisis complejos a la altura del problema del que se pretende dar cuenta.

Seguramente no haya soluciones mágicas, rápidas o infalibles, pero eso no debería ser una excusa para el inmovilismo ni para mantener un modelo diagnóstico y de atención basado precisamente en las mismas estructuras de género que llevan a las mujeres a “enfermar”. El origen del problema no debería ser nunca el núcleo desde el que se plantea la solución. Por tanto, es necesaria una reformulación radical de estos malestares para alterar profundamente el modo en el que son comprendidos y abordados, todo ello desde una perspectiva integrada y feminista que trascienda el ámbito clínico para plantearse a un nivel social, político y educativo más general. Siendo el género un estructurante básico de la sociedad, cualquier propuesta que no aspire a una transformación radical de las relaciones entre hombres y mujeres estará indudablemente condenada al fracaso.

Referencias bibliográficas

- Ahmed, S. (2014). *Willful subjects*. Duke University Press.
- Ahmed, S. (2019). *Fenomenología queer: Orientaciones, objetos, otros*. Bellaterra.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm/history-of-the-dsm>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza Bueno, M. y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(Supl. 1), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Bernal Solano, M. (2010). *Cuerpo, comida y migraciones: Un análisis transcultural de los (mal)estares alimentarios* [Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili]. <https://www.tdx.cat/handle/10803/34759>
- Bordo, S. (1985). Anorexia nervosa: Psychopathology as the crystallization of culture. *The Philosophical Forum*, 17(2), 73–103.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. University of California Press.
- Bordo, S. (1999). El hambre como ideología. En C. Luke (Comp.), *Feminismos y pedagogías en la vida cotidiana* (pp. 119–143). Morata.
- Bordo, S. (2001). El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 2(14), 7–82. <https://doi.org/10.32870/1v.v2i14.566>
- Brain, J. (2006). *Hungry for meaning: Discourses of the anorexic body* [Tesis doctoral, Gender Institute, London School of Economics and Political Science]. <https://etheses.lse.ac.uk/2137/>
- Burns, M. (2004). Eating like an ox: Femininity and dualistic constructions of bulimia and anorexia. *Feminism & Psychology*, 14(2), 269–295. <https://doi.org/10.1177/0959353504042182>
- Butler, J. (1993). *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Paidós.
- Chernin, K. (1981). *The obsession: Reflections on the tyranny of slenderness*. Perennial Library.

- Chernin, K. (1985). *The hungry self: Women, eating, and identity*. Times Books.
- Chesler, P. (2019). *Mujeres y locura* (M. Pérez, trad.). Continta Me Tienes. (Obra original publicada en 1972).
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. University of California Press.
- Darmon, M. (2008). *Devenir anorexique: Une approche sociologique*. La Découverte.
- De Lauretis, T. (1987). *Technologies of gender: Essays on theory, film, and fiction*. Indiana University Press.
- De Lauretis, T. (2000). *Diferencias: Etapas de un camino a través del feminismo*. Horas y Horas.
- Esteban, M. L. (2001). *Re-producción del cuerpo femenino: Discursos y prácticas acerca de la salud*. Tercera Prensa.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1981). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- Frazer-Carroll, M. (2023). *Mad world: The politics of mental health*. Pluto Press.
- Fundación Manantial. (2023). #Rayadas. *La salud mental de la población joven en España* [Informe]. <https://www.fundacionmanantial.org/wp-content/uploads/2024/01/INFORME-RAYADAS-SALUD-MENTAL-JOVENES-FUNDACION-MANANTIAL.pdf>
- Gil García, M. E. (2005). *Anorexia y bulimia: Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/672>
- Gómez, P. (2003). *Lo que nunca te han contado sobre la anorexia nerviosa*. Ediciones Tilde.
- González Aguado, M. (2010). La anorexia y la bulimia como patologías “oral-corporal-alimentarias”. En M. G. Navarro, B. Estévez y A. Sánchez Cuervo (Coords.), *Claves actuales de pensamiento* (pp. 195–208). CSIC y Plaza y Valdés.

- González Aguado, M. (2014). Las caras ocultas de la anorexia: Diferencias relacionales de lo bello, lo bueno y lo blanco. En E. Pérez Sedeño y E. Ortega Arjonilla (Eds.), *Cartografías del cuerpo: Biopolíticas de la ciencia y la tecnología* (pp. 133–193). Ediciones Cátedra.
- Gracia-Arnaiz, M. (2002). Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: La construcción social de la anorexia nerviosa. En M. Gracia-Arnaiz (Coord.), *Somos lo que comemos* (pp. 349–375). Ariel.
- Gracia-Arnaiz, M. I. (2006). *Género, “dieting” y salud: Un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres, 2003-2005*. Instituto de la Mujer. <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0069.pdf>
- Gracia-Arnaiz, M. (2015). *Comemos lo que somos: Reflexiones sobre cuerpo, género y salud*. Icaria.
- Gremillion, H. (1992). Psychiatry as social ordering: Anorexia nervosa, a paradigm. *Social Science & Medicine*, 35(1), 57–71. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90119-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90119-b)
- Gremillion, H. (2002). In fitness and in health: Crafting bodies in the treatment of anorexia nervosa. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 27(2), 381–414. <https://doi.org/10.1086/495691>
- Gremillion, H. (2003). *Feeding anorexia: Gender and power at a treatment center*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822385011>
- Gremillion, H. (2008). The race and class politics of anorexia nervosa: Unravelling white, middle-class standards in representations of eating problems. En P. Moss y K. Teghtsoonian (Eds.), *Contesting illness: Process and practices* (pp. 218–238). University of Toronto Press. <https://doi.org/10.3138/9781442687738-014>
- Guilló Arakistain, M. (2023). *Sangre y resistencia: Políticas y culturas alternativas de la menstruación*. Bellaterra.
- Guzmán Martínez, G. y García-Dauder, D. (2024). La cultura de la violación en entornos psi. *Psicoperspectivas*, 23(1). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol23-Issue1-fulltext-3038>

- Hacking, I. (2006, August 17). Making up people. *London Review of Books*, 28(16), 23–26. <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v28/n16/ian-hacking/making-up-people>
- Harding, S. (1997). *Ciencia y feminismo*. Morata.
- Hepworth, J. (1999). *The social construction of anorexia nervosa*. Sage. <https://doi.org/10.4135/9781446217306>
- Hornbacher, M. (2002). *Días perdidos: La anorexia. El diario de una joven superviviente*. RBA.
- Lester, R. J. (2007). Critical therapeutics: Cultural politics and clinical reality in two eating disorder treatment centers. *Medical Anthropology Quarterly*, 21(4), 369–387. <https://doi.org/10.1525/maq.2007.21.4.369>
- Lester, R. J. (2019). *Famished: Eating disorders and failed care in America*. University of California Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvp2n54x>
- Lupton, D. (1994). *Medicine as culture: Illness, disease and the body in Western societies*. Sage.
- Macleod, S. (1982). *The art of starvation: A story of anorexia and survival*. Schocken Books.
- MacSween, M. (1993). *Anorexic bodies: A feminist and sociological perspective on anorexia nervosa*. Routledge.
- Malson, H. (2003). *The thin woman: Feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203360545>
- Martínez-Hernández, Á. (2011). La copia de los hechos. La biomedicina, el poder y sus encubrimientos. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 27, 45–64. https://www.academia.edu/9450301/La_copia_de_los_hechos_La_biomedicina_el_poder_y_sus_encubrimientos
- Moreno Pestaña, J. L. (2010). *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social*. Centro de Investigaciones Sociológicas. <https://doi.org/10.5477/cis/mon.271.336>
- Moulding, N. (2006). Disciplining the feminine: The reproduction of gender contradictions in the mental health care of women with eating disorders. *Social Science & Medicine*, 62(4), 793–804. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.048>

- National Eating Disorders Association. (s. f.). *Eating disorder statistics*. Recuperado el 1 de junio de 2025, de <https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics/>
- Orbach, S. (1993). *Hunger strike: The anorectic's struggle as a metaphor for our age*. Penguin Books.
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío: Anorexias, dependencias, psicosis*. Síntesis.
- Sánchez Hernández, M. J. (2007). *Anorexia nerviosa: Embodiment y subjetividad* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad Complutense de Madrid.
- Santiso Sanz, R. (2007). *Cuerpo, sociedad y cultura: Un estudio antropológico de los llamados "trastornos de la conducta alimentaria"* [Tesis doctoral]. Universidad de Zaragoza.
- Saukko, P. (2008). *The anorexic self: A personal, political analysis of a diagnostic discourse*. State University of New York Press.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (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* [Publicación en Internet]. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Thompson, B. W. (1994a). *A hunger so wide and so deep: American women speak out on eating problems*. University of Minnesota Press.
- Thompson, B. W. (1994b). Food, bodies, and growing up female: Childhood lessons about culture, race, and class. En P. Fallon, M. A. Katzman y S. C. Wooley (Eds.), *Feminist perspectives on eating disorders* (pp. 355–378). Guilford Press.
- Tubert, S. (2000). Anorexia. Una perspectiva psicoanalítica. *Debate Feminista*, 22, 257–290. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2000.22.2042>
- Wolf, N. (2020). *El mito de la belleza*. Continta Me Tienes.
- Zafra Aparici, E. (2007). *Aprender a comer: Procesos de socialización y "trastornos del comportamiento alimentario"* [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. <https://www.tdx.cat/handle/10803/53633>