



# POSGRADOS

Maestría en

## PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN INTERVENCIÓN CLÍNICA INDIVIDUAL Y GRUPAL

RPC-SO-05-NO.156-2021

Opción de Titulación:

Artículos profesionales de alto nivel

Tema:

Perspectivas de género de profesionales de la salud mental en el tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en consulta privada en Quito durante el periodo enero-junio 2025.

Autor(es)

Valeria Estefanía Peralvo Orbe

Director:

Cynthia Mercedes Carofilis Cedeño

QUITO - Ecuador  
2025

**Autor(es):**



Valeria Estefanía Peralvo Orbe  
Licenciada en Psicología  
Candidata a Magíster en Psicología con Mención en Intervención  
Clínica Individual y Grupal por la Universidad Politécnica Salesiana –  
Sede Quito.  
valeriaestefi2001@gmail.com

**Dirigido por:**



Cynthia Mercedes Carofilis Cedeño  
Licenciada en Psicología  
Master Internacional en Migraciones  
Ccarofilis@ups.edu.ec

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS

2025 © Universidad Politécnica Salesiana.

QUITO– ECUADOR – SUDAMÉRICA

**Valeria Estefanía Peralvo Orbe**

***Perspectivas de género de profesionales de la salud mental en el tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en consulta privada en Quito durante el periodo enero-junio 2025.***

## ***DEDICATORIA***

A mis padres, Lorena y Rodrigo,  
porque gracias a su esfuerzo, sacrificio y amor incondicional pude llegar hasta aquí.  
Ustedes siempre priorizaron mi educación y mi aprendizaje, incluso por encima de sus propias necesidades, con el objetivo de formar a una hija profesional. Este logro no es solo mío, es también de ustedes, que me sostuvieron tanto en lo económico como en lo emocional, creyendo en mí en cada paso de mi formación.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis padres, Lorena y Rodrigo, por enseñarme con su ejemplo el valor de la constancia y la responsabilidad. Gracias por su compañía y aliento que me brindaron calma durante este proceso a pesar de las adversidades que se presentaron. También a mi hermano Kevin, por motivarme a no rendirme.

A mi tutora de tesis, Cynthia Carofilis, quien, gracias a su guía, conocimientos, y retroalimentación, hizo posible que este trabajo tomara forma. Agradezco su compromiso, tiempo y por haber creído en mi capacidad para concretar este proyecto.

# Tabla de Contenido

---

Resumen .....	9
Abstract.....	11
1. Introducción.....	13
2. Determinación del Problema.....	16
2.1 Planteamiento del problema .....	16
2.2 Pregunta de investigación .....	19
2.3 Justificación .....	19
2.4 Objetivos de investigación.....	21
2.4.1 Objetivo general .....	21
2.4.2 Objetivos específicos .....	21
3. Marco teórico referencial.....	22
3.1 Antecedentes.....	22
3.2 Fundamentos teóricos.....	24
3.2.1 Marco conceptual.....	24
3.2.2 Perspectiva de género actualmente perseguida en academia y a nivel político .....	26
3.2.3 Perspectiva de género como marginal en la formación en psicología.....	28
3.2.4 La necesidad de la perspectiva de género en la psicología para entender y manejar TCA .....	31
3.2.5 Normas de género asociadas a los TCA.....	32
3.2.6 Relación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y el género .....	33
4. Materiales y metodología.....	37
5. Análisis de datos .....	41
5.1 Repertorios discursivos sobre género y perspectiva de género .....	41
5.2 Repertorios discursivos sobre diversidad sexo genérica.....	47
5.3 Repertorios discursivos sobre la relación entre TCA y género.....	52
5.4 Repertorios discursivos del tratamiento en TCA con perspectiva de género .....	61
6. Resultados y discusión.....	66
7. Conclusiones y recomendaciones .....	68
8. Referencias .....	72

Perspectivas de género de  
los profesionales de la  
salud mental en el  
tratamiento de Trastornos  
de la Conducta Alimentaria  
(TCA) en consulta privada  
en Quito durante el periodo  
enero-junio 2025

Autora:

Valeria Estefanía Peralvo Orbe

# Resumen

---

El presente estudio analiza los repertorios discursivos de profesionales de la psicología clínica sobre la perspectiva de género en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en consulta privada en Quito, durante el periodo enero-junio de 2025. Mediante un diseño cualitativo y del análisis del discurso, se quiso identificar cómo los significados que los clínicos atribuyen al género influyen en la manera en que comprenden y abordan los TCA. Se contó con la participación de once psicólogos, cuyas entrevistas fueron analizadas para examinar qué dicen sobre la relación entre género y TCA. Pero principalmente, se buscó la conexión entre la perspectiva de género y el tratamiento de TCA en su práctica, para reconocer patrones discursivos, tensiones y contradicciones.

Los resultados revelan tres repertorios principales: el género como constructo social, el género como identidad psicológica y el género como desigualdad social. Estos repertorios muestran la coexistencia de discursos que se balancean entre la reproducción de normas estereotipadas y la apertura hacia perspectivas más inclusivas. En específico, los mandatos estéticos y roles de género aparecen de manera repetitiva en los discursos de los profesionales, sin embargo, su comprensión no es igual. En el caso de las mujeres, los TCA suelen explicarse a partir de factores familiares, presiones culturales y modelos corporales asociados a la delgadez, sin que siempre se considere su problema estructural. Por otro lado, en los hombres, se reconoce con mayor claridad la presión por cumplir ideales de fuerza y musculatura, al igual que la invisibilización de los TCA debido a su asociación con lo femenino.

También, se reconoció la influencia de las figuras maternas como transmisoras de discursos con relación al cuerpo y la belleza dentro del entorno familiar que pueden ocasionar en los hijos e hijas una inseguridad corporal y un mayor riesgo a padecer un TCA. Además, los hallazgos de este estudio resaltan la persistencia de un sesgo heteronormativo dentro de la práctica clínica psicológica, donde la diversidad sexo genérica no suele ser abordada o es considerada una categoría general que agrupa lo “diferente”, dejando de lado la atención a sus vivencias por el contexto que les atraviesa.

# Resumen

Las tensiones entre los repertorios exhiben la distancia entre el discurso profesional, el cual busca una supuesta neutralidad de género, y la práctica clínica, que aún carece de una formación integral para abordar las desigualdades. Finalmente, este estudio resalta la necesidad de integrar la perspectiva de género e interseccionalidad en la formación y la práctica psicoterapéutica, con el objetivo de que las intervenciones lleguen a ser más inclusivas tomando en cuenta el contexto social y las realidades corporales que viven los consultantes.

## **Palabras clave:**

Trastornos de la Conducta Alimentaria, género, repertorios discursivos, diversidad sexo genérica, mandatos estéticos.

# Abstract

---

This study analyzes the discursive repertoires of clinical psychology professionals on the gender perspective in the treatment of eating disorders (EDs) in private practice in Quito, during the period January-June 2025. Using qualitative design and discourse analysis, we sought to identify how the meanings that clinicians attribute to gender influence the way they understand and approach EDs. Eleven psychologists participated in the study, and their interviews were analyzed to examine what they said about the relationship between gender and EDs. However, the main focus was on finding the connection between the gender perspective and the treatment of EDs in their practice, in order to recognize discursive patterns, tensions, and contradictions.

The results reveal three main repertoires: gender as a social construct, gender as psychological identity, and gender as social inequality. These repertoires show the coexistence of discourses that balance between the reproduction of stereotypical norms and openness to more inclusive perspectives. Specifically, aesthetic mandates and gender roles appear repeatedly in the discourses of professionals, but their understanding is not the same. In the case of women, EDs are often explained by family factors, cultural pressures, and body models associated with thinness, without always considering their structural problem. On the other hand, in men, the pressure to meet ideals of strength and musculature is more clearly recognized, as is the invisibility of EDs due to their association with the feminine.

The influence of maternal figures as transmitters of discourses related to the body and beauty within the family environment was also recognized, which can cause body insecurity and a greater risk of suffering from an eating disorder in children. Furthermore, the findings of this study highlight the persistence of heteronormative bias within clinical psychological practice, where gender diversity is often not addressed or is considered a general category that groups together everything that is “different,” neglecting attention to their experiences due to the context in which they live.

The tensions between the repertoires reveal the distance between professional discourse, which seeks supposed gender neutrality, and clinical practice, which still

## Abstract

lacks comprehensive training to address inequalities. Finally, this study highlights the need to integrate gender and intersectionality perspectives into psychotherapeutic training and practice, with the aim of making interventions more inclusive by taking into account the social context and bodily realities experienced by clients.

**keywords:**

Eating disorders, gender, discursive repertoires, gender diversity, aesthetic mandates.

# 1. Introducción

---

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han sido reconocidos como problemáticas que se manifiestan a través de alteraciones graves en la conducta alimentaria y la percepción del cuerpo. Estos trastornos, entre los principales, la anorexia, bulimia nerviosa y vigorexia, no pueden entenderse únicamente desde una perspectiva clínica individual, debido a que se encuentran influenciados por factores sociales, culturales, y de género que atraviesan a los individuos. Comprender esto resulta relevante si se toma en cuenta que los TCA no son fenómenos universales que se manifiestan de la misma manera en todos los cuerpos, sino que dependen de la interacción con los discursos sociales respecto al cuerpo ideal, las exigencias estéticas y los roles de género. Como indica Unger (2010), el género no puede reducirse a una categoría biológica, sino que debe ser comprendido desde un constructo sociocultural, que organiza la vida de los individuos y regula las conductas mediadas por expectativas, roles y normas impuestas. Por su parte, Riger (2016) advierte que estas creencias respecto al género sostienen relaciones de poder desiguales que limitan las experiencias de los individuos. Es por ello, que la perspectiva de género permite analizar que las diferencias entre hombres y mujeres en relación con los TCA son el resultado de estos mandatos asignados por las estructuras socioculturales.

En este sentido, la literatura feminista ha señalado que los mandatos estéticos provienen de un sistema patriarcal que establece jerarquías y desigualdades entre los géneros. Tal como lo explica Scott (1996), las relaciones sociales se basan en las diferencias que se perciben entre los sexos y estas definen las relaciones de poder. Desde este enfoque, se puede entender que la violencia estética se establece en un sistema patriarcal que coloca a las mujeres en una posición de mayor vulnerabilidad ante el desarrollo de un TCA.

Otro concepto clave en esta investigación es la diversidad sexo genérica, entendida como el reconocimiento de varias identidades y orientaciones sexuales que van más allá del binarismo. En el Ecuador el reconocimiento de la diversidad sexo genérica en el campo de la psicología clínica es limitado, por lo cual, se sigue reproduciendo un marco heteronormativo que limita la atención a consultantes con diversidad sexo genérica, lo cuales llegan a ser invisibilizados en el ámbito psicoterapéutico (Ballesteros, 2022). Esto se relaciona con lo mencionado por Castelo (2017), que la heteronormatividad funciona como un sistema que posiciona las relaciones heterosexuales como las únicas válidas que entran en una norma tanto en lo social, sexual, económico y político.

Existe una relación entre los TCA y el género que se visibiliza primero en el hecho de que las mujeres están más expuestas a estándares de belleza sostenidos por la cultura de la dieta, el estigma del peso y la violencia estética, lo cual aumenta la probabilidad de desarrollar anorexia o bulimia nerviosa (Pineda, 2022). En el caso de los hombres, la presión está puesta en un ideal de corporalidad musculosa y fuerte, lo que puede ocasionar el desarrollo de la vigorexia y otras prácticas de control corporal excesivas

Respecto a lo mencionado, es relevante analizar la manifestación de los TCA en base al género, pero en especial cómo los profesionales de la salud mental construyen, interpretan y aplican sus discursos sobre género en el tratamiento de estos trastornos. En este estudio, la atención se centra en los significados, creencias y posicionamientos que los psicólogos incorporan en su práctica clínica, pues estos discursos influyen directamente en la manera en que comprenden e intervienen en los TCA. Por ello se realizó un estudio desde el análisis del discurso como enfoque metodológico empleado en psicólogos en consulta privada en Quito, durante el periodo enero-junio 2025. Esto con el objetivo de identificar las ideas y creencias implícitas respect al género que guían la práctica clínica en mujeres, hombres y personas con diversidad sexo genérica.

## 2. Determinación del Problema

---

### 2.1. Planteamiento del problema

Desde enfoques historiográficos tradicionales, el género ha sido analizado a partir de marcos científicos clásicos, que privilegian explicaciones universales, dejando de lado el contexto social y cultural en el que el género se construye. Aquellas teorías son limitadas debido a que tienden a incluir generalizaciones simples que debilitan el sentido que tiene el compromiso feminista a un análisis de cambio. Exponer las teorías del género pone en manifiesto sus límites y hace posible el tener un enfoque alternativo (Scott, 1986).

La explicación de los orígenes y cambios en los sistemas del género se plantea al margen de la división sexual del trabajo, así lo analiza Heidi Hartmann, al considerar que el patriarcado y el capitalismo son sistemas separados pero que interactúan. Sugiere que "es necesario erradicar la propia división del trabajo para acabar con la dominación del varón", quiere decir la terminación de la separación del trabajo por sexos. Las historiadoras feministas están ahora en condiciones de teorizar sobre su práctica y desarrollar el género como categoría analítica. Los feminismos han estado haciendo esto por años, realizando luchas sociales en favor de la igualdad de género, que contemplan no solo la desigualdad de género sino también las múltiples opresiones como son la clase social, etnia, raza, orientación sexual y edad, contemplando así una interseccionalidad (Hartmann, 1976).

La antropóloga Michelle Rosaldo, menciona que se debe perseguir no la causa universal y general, sino la explicación significativa: "Me parece entonces que el lugar de la mujer en la vida social humana no es producto, en sentido directo, de las cosas que hace, sino del significado que adquieren sus actividades a través de la interacción social concreta" (Rosaldo, 1980). La autora dice que, para alcanzar el significado, es necesario considerar tanto los sujetos individuales como la organización social, y descubrir la naturaleza de sus interrelaciones, porque todo ello es crucial para comprender cómo actúa el género y cómo tiene lugar el cambio (Rosaldo, 1980, citado en Lamas, 2021).

La Perspectiva de género es una herramienta con enfoque analítico y conceptual que permite entender las relaciones entre hombres y mujeres, así como las desigualdades que existen entre ellos, entendiendo las dinámicas de poder, las diferencias sociales y culturales en relación con el género masculino y femenino. También reconoce que los roles, comportamientos, expectativas y oportunidades no son determinados por factores biológicos, sino que son constructos sociales (Instituto Carl Rogers, 2023).

Otra autora señala que “la perspectiva de género implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual” (Lamas, 1996, p.16).

Desde los estudios o investigaciones revisadas, la perspectiva de género en psicología busca tomar en cuenta a lo largo del proceso de tratamiento psicológico las condiciones diferenciales que afectan a hombres y mujeres, tanto a nivel social como cultural que surgen de los roles de género masculinos y femeninos, por ende, constituye un modelo de análisis complementario importante para comprender el comportamiento humano, permitiendo ver dificultades que pasan desapercibidas. Esto busca lograr una mayor calidad y eficacia en los tratamientos psicológicos (Giménez, 2024).

A pesar de los avances en diversas disciplinas hacia una mayor inclusión de la perspectiva de género, la psicología sigue presentando una integración marginal de esta en su enseñanza e investigación. Esto genera un vacío en la formación profesional y en el desarrollo de estudios que aborden de manera crítica las diferencias de género, lo que mantiene sesgos en la práctica clínica.

La exclusión de la perspectiva de género en la psicología tiene raíces en estructuras patriarcales debido a los múltiples prejuicios sobre las mujeres y sus capacidades en la ciencia donde se dice que muy pocas llegan a tener éxito a pesar de haber realizado contribuciones significativas al avance del conocimiento humano, por lo cual sus logros siguen siendo invisibilizados. Esta exclusión se

explica por los sesgos de género que se ha tenido en la investigación consciente o inconscientemente, donde las ciencias de la salud son marcadas por intereses de género, ignorando diferencias relevantes o magnificando diferencias irrelevantes (García y Pérez, 2019).

Aun cuando el concepto de género ha sido incorporado en algunos estudios psicológicos, su tratamiento suele reducirse a comparaciones entre hombres y mujeres sin cuestionar las construcciones socioculturales que están debajo. Aquello puede deberse a que el concepto de género ha sido utilizado erróneamente al hacer uso inapropiado de él, al clásico término sexo, lo cual refleja la exclusión de su construcción social y trae como consecuencia asimetrías de poder que se dan entre los sexos en la sociedad. Pero la Psicología española ha generado mayor sensibilidad al análisis del sistema sexo/género, a las implicaciones psicológicas y sociales de las relaciones entre los sexos, lo cual se ha evidenciado en congresos, encuentro científico y foros de investigación (Barberá y Martínez, 2004).

Además, estudios recientes centrados en los discursos de profesionales de la salud mental han evidenciado que muchos de estos profesionales reconocen sentirse insuficientemente capacitados para trabajar con personas de género diverso, lo que provoca discursos de cautela, neutralidad o evitación frente a estas temáticas en la práctica terapéutica. Estas narrativas exponen discursos predominantes que se establecen en una supuesta neutralidad clínica y el reconocimiento parcial de las desigualdades de género, sin cuestionar los marcos normativos que sostienen dichas desigualdades (Canvin et al., 2023).

En esta línea, surge la necesidad de ampliar la comprensión de que las personas no están determinadas únicamente por el género, sino también por otros ejes de desigualdad como el sexo, orientación sexual, clase social, o la etnia. Aquí entra la interseccionalidad, como un enfoque que permite analizar cómo estos factores interactúan y producen formas específicas de vulnerabilidad y exclusión. La interseccionalidad se ha mostrado como agente fundamental en el origen de los TCA y en el desarrollo de enfermedades psiquiátricas asociadas, entre los factores sociales que más se destacan son el género, sexo y el nivel socioeconómico (Gil García et al., 2007).

Desde esta línea interseccional, se ha señalado que un mayor grado de urbanización puede aumentar la probabilidad de padecer un TCA, debido a la gran exposición hacia los medios de comunicación que incentivan llegar al ideal de belleza relacionado con la delgadez. Behar (2010) verificó que el 11,6% de la población adolescente femenina de clase baja padecían obesidad, por otro lado, las de clase alta mostraban obesidad en un 5,4%. En este contexto, Buñuel (1994) mencionó que el ideal de delgadez que antes era considerado exclusivo de las clases altas, ha pasado a ocupar un lugar en todos los niveles socioeconómicos.

Tradicionalmente se creía que los TCA se limitaban a un grupo constituido por mujeres jóvenes, blancas, pertenecientes a una clase social alta, residentes en países ricos, fenómeno que ha sido desmentido por el número creciente de TCA en países en desarrollo y en diferentes etnias, esto se debe al gran poder de las industrias de la dieta, moda, cosmética y belleza, que se han sustentado sobre la inseguridad corporal, la cual se ha visto mayormente en la mujer a pesar de todos sus importantes logros históricos impulsados por el feminismo que ha sido capaz de alcanzar en los espacios domésticos y públicos (Behar, 2010).

Pierre et al. (2022) afirman que todas las clases sociales son afectadas por los TCA, pero debido al impacto que han tenido los medios de comunicación en los últimos años, la clase alta sostiene un mayor número de desórdenes alimenticios. Esto se debe a la publicidad que generan las revistas, televisión y principalmente el internet, los cuales fomentan los estereotipos de belleza y son los que determinan la imagen que las personas con los distintos desórdenes desean tener. La razón por la que estos medios afectan más a la clase alta es debido a que se ven divididos según la situación económica de las personas, ya que una persona de clase baja no tiene la misma programación en televisión que una persona de clase alta, o no tienen facilitado el acceso a internet o a redes sociales, y el tipo de revistas no es el mismo para estas dos clases. Por tanto, las personas que reciben más información como la clase alta, es la que tiene más orientación sobre este tipo de trastornos.

## 2.2. Pregunta de investigación

¿Qué discursos sobre género sostienen los profesionales de la salud mental en Quito en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria y su tratamiento en consulta privada?

## 2.3. Justificación

La investigación sobre la perspectiva de género en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) es crucial para entender cómo los factores sociales y culturales influyen en su aparición. En contextos como el ecuatoriano, donde los estereotipos y estándares de belleza están profundamente arraigados, es importante analizar cómo estas expectativas se dan en los distintos grupos sociales y familiares, tomando en cuenta que existe una desigualdad social, por lo cual, afecta de manera diferente a hombres, mujeres y personas con diversidad sexo-genérica.

Siguiendo esta lógica, se vuelve relevante indagar a partir de qué discursos sobre la perspectiva de género, los profesionales de la salud mental en Quito abordan los TCA en su práctica clínica. Esta investigación permite identificar posibles diferencias en los procesos de intervención según el género del consultante y analizar cómo los conceptos que los psicoterapeutas tienen sobre el género influyen en la identificación y el tratamiento de los TCA, aportando evidencia para fortalecer prácticas psicoterapéuticas más sensibles e inclusivas.

Finalmente, esta investigación se encuentra en la línea de estudios de salud mental, la cual analiza factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que intervienen en los trastornos mentales. Desde este enfoque, el estudio indaga los discursos que los profesionales de la salud mental construyen en torno a la perspectiva de género en el tratamiento de los TCA, así como las implicaciones de tales discursos en la práctica clínica en el contexto de la consulta privada en Quito.

## 2.4. Objetivos de investigación

### 2.4.1. Objetivo general

Analizar los discursos sobre género que sostienen los profesionales de la salud mental en Quito en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria y su tratamiento en consulta privada.

### 2.4.2. Objetivos específicos

- Analizar los diferentes repertorios discursivos sobre el género en la práctica clínica de los profesionales de salud mental con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).
- Indagar la función del discurso sobre el género: (explicación, justificación, persuasión, defensa, invalidación, menospreciando) en relación al tratamiento de TCA de los profesionales de salud mental.
- Distinguir las consecuencias del discurso y contradicciones de los repertorios discursivos respecto al género en la práctica clínica con los TCA.

## 3. Marco teórico referencial

---

### 3.1 Antecedentes

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), tales como la anorexia y la bulimia nerviosas, suelen aparecer más durante la adolescencia. Estos afectan a un 0,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y a un 0,4% de los de 15 a 19 años, son más frecuentes en mujeres que en hombres.

El tema de estudio surge a partir de la necesidad de conocer los discursos de los profesionales de la salud mental en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en relación al género, ya que se considera que estos discursos influyen directamente en sus prácticas psicoterapéuticas. Esta interrogante cobra relevancia debido a que a nivel social y cultural, los roles de género atraviesan de manera distinta a cada grupo. Por tanto, resulta necesario considerar no solo las diferencias, sino también las desigualdades estructurales que surgen de dichas construcciones sociales, ya que, estas impactan directamente en la detección y el tratamiento de los TCA (Giménez, 2024).

El estereotipo de que los TCA son típicamente femeninos está empezando a disiparse, debido a que en la actualidad los hombres presentan preocupaciones por la imagen corporal que a menudo se relaciona con la muscularidad, también en los hombres es más frecuente el sobreentrenamiento que en las mujeres. Un estudio con estudiantes universitarios varones reveló que 28 % de los hombres evaluados presentaban un puntaje en el test de riesgo de TCA (EAT), lo que indica vulnerabilidad a este tipo de trastornos, ya que, se observó una correlación positiva ( $r = 0,16$ ;  $p < 0,01$ ) entre el EAT y la insatisfacción con la grasa corporal, y una correlación negativa ( $r = -0,14$ ;  $p < 0,05$ ) para la insatisfacción muscular, indicando que muchos varones prefieren un cuerpo más “musculoso y definido” como ideal, lo que sugiere que la insatisfacción corporal y la preocupación por la imagen no solo se expresan como deseo de delgadez, sino también de musculatura (Mayo y George, 2014).

Además, con mayor frecuencia los hombres son diagnosticados con otros trastornos alimentarios especificados o no especificados que a las mujeres. Los hombres suelen ser menos propensos a buscar ayuda profesional, y cuando lo hacen los síntomas suelen agravarse y presentar más comorbilidades en relación con las mujeres (Breton et al., 2023).

Las presentaciones de TCA difieren según el género, debido a que los hombres son más propensos a informar que comen en exceso, mientras que las mujeres suelen manifestar la pérdida de control al comer. Se ha encontrado que las mujeres presentan puntuaciones más altas en comportamientos relacionados con los Trastornos Alimentarios, como el impulso por la delgadez y la insatisfacción corporal a diferencia de los hombres que son más propensos a desarrollar una patología de TCA de menor gravedad, como preocupaciones por el peso, la alimentación y restricción dietética. Estudios transversales también exhiben que los hombres con TCA muestran altas tasas de comorbilidad psiquiátrica, historial de sobrepeso premórbido y una edad de inicio más tardía a diferencia de las mujeres con TCA (Thapliyal et al., 2018).

Los TCA se manifiestan con conductas alimentarias anormales, preocupación por el peso y la figura corporal. Los adolescentes que presentan TCA observan un daño en su salud y suelen padecer otros trastornos como depresión, ansiedad y problemas con el consumo de sustancias. Uno de los TCA más preocupantes es la anorexia nerviosa ya que puede llevar a la muerte prematura, a menudo debido a complicaciones médicas o al suicidio, también se asocia a una mortalidad superior a la de cualquier otro trastorno mental (Lai et al., 2025).

Los trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros trastornos alimentarios, afectan a los jóvenes de todo el mundo. En los entornos occidentales, una proporción sustancial de jóvenes ha informado de un trastorno alimentario. En general, entre el 5,5% y el 17,9% de las mujeres jóvenes y entre el 0,6% y el 2,4% de los hombres jóvenes han experimentado un trastorno alimentario en la edad adulta temprana. Estudios emergentes realizados en Europa del Este, Asia y América Latina muestran altas prevalencias similares. Además, durante la pandemia a causa del COVID-19, ha incrementado la tasa en pacientes con TCA (Devoe et al., 2022).

## 3.2 Fundamentos teóricos

### 3.2.1 Marco conceptual

#### *Género*

Marta Lamas (1996) define el género como “la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas en función de sus cuerpos”(p.21). El género según cada cultura representa tareas distintas, por ende, se puede afirmar que el género es una construcción social, más que un hecho biológico.

Barberá & Martínez (2004) plantean el género como una “realidad compleja que: a) gira en torno al polimorfismo sexual (sujetos ambiguos, mujeres y varones); b) resulta condicionada por los sistemas de creencias sociales sobre dicho polimorfismo; y c) requiere de la reflexibilidad de cada sujeto para armonizar las implicaciones derivadas del polimorfismo sexual y de los sistemas de creencia (a y b).

Para Joan Scott (1996) el género pasa a ser una forma de denotar las "construcciones culturales", la creación social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres, siendo una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado. El género pertenece a un sistema completo de relaciones que puede incluir el sexo, pero no está directamente determinado por el sexo, puesto que el sexo hace referencia los componentes biológicos que distinguen a cada ser humano. Por tanto, el género es un elemento de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos. El feminismo sugiere que el género debe redefinirse y reestructurarse con una visión de igualdad política y social que comprende no sólo el sexo, sino también la clase y la raza.

#### *Salud mental*

La salud mental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), se define como un estado de bienestar donde la persona es capaz de reconocer sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones que se presentan en la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a la

comunidad. Todo aquello, involucra aspectos emocionales, cognitivos y relacionales que permiten un funcionamiento adecuado en la vida cotidiana.

### *Trastornos de la conducta alimentaria*

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una modificación en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (DSM-5, 2014).

Los TCA constituyen un grupo de enfermedades biopsicológicas graves multifactoriales, con un alto riesgo de mortalidad. Los trastornos que más suelen presentarse son la anorexia nerviosa (restricción de la ingesta y miedo intenso a aumentar de peso, con distorsión de la imagen corporal), bulimia nerviosa (episodios recurrentes de ingesta excesiva seguidos de conductas compensatorias inapropiadas) y el trastorno por atracón (episodios recurrentes de ingesta excesiva con sensación de pérdida de control. Además, el DSM-5 incorpora otras categorías relevantes como los trastornos de restricción no especificados (trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta). Los TCA implican una excesiva preocupación por el peso o apariencia, surge una obsesión con la pérdida de peso por lo que acuden a métodos poco saludables para lograrlo, incluso dejando de comer y en otros casos comen más de lo necesario (Ayuzo & Cobarrubias, 2019).

*Criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) según el DSM-5 TR (DSM-5, Text Revision, APA, 2022).*

#### Anorexia nerviosa

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo para la edad, sexo, trayectoria del desarrollo y salud física.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso, incluso cuando el peso es significativamente bajo.

C. Alteración en la percepción del peso o la forma corporal, influencia indebida del peso o la forma en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

#### Bulimia nerviosa

A. Episodios recurrentes de atracones, caracterizados por: Ingesta de una cantidad de alimentos claramente superior a la que la mayoría consumiría en un período similar. Sensación de pérdida de control durante el episodio.

B. Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para prevenir el aumento de peso (vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo).

C. Los atracones y las conductas compensatorias ocurren al menos una vez por semana durante tres meses.

D. La autoevaluación está excesivamente influenciada por el peso y la forma corporal.

E. La alteración no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

#### Trastorno por atracón

A. Episodios recurrentes de atracones, con: Ingesta excesiva en un periodo breve. Sensación de pérdida de control.

B. Los atracones se asocian con al menos tres de los siguientes:

- Comer más rápido de lo normal.

- Comer hasta sentirse incómodamente lleno.

- Comer grandes cantidades sin hambre.

- Comer solo por vergüenza.

- Sentimientos de disgusto, culpa o depresión posterior.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Frecuencia mínima: una vez por semana durante tres meses.

E. No se asocia a conductas compensatorias regulares ni ocurre exclusivamente durante bulimia o anorexia.

### Trastorno Evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos

A. Alteración persistente de la alimentación que conduce a uno o más de los siguientes:

- Pérdida de peso significativa.
- Deficiencia nutricional.
- Dependencia de suplementos o alimentación enteral.
- Interferencia marcada en el funcionamiento psicosocial.

B. No se explica por falta de alimentos ni por prácticas culturales.

C. No ocurre exclusivamente durante anorexia o bulimia y no hay alteración de la imagen corporal.

D. No se explica mejor por otra condición médica o trastorno mental.

### Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta especificados

Incluye presentaciones clínicas significativas que no cumplen todos los criterios de los trastornos anteriores, por ejemplo:

- Anorexia atípica (peso dentro de rangos normales).
- Bulimia nerviosa de baja frecuencia.
- Trastorno por atracón de baja frecuencia.
- Trastorno de purgas.

### Trastornos no especificados de la Conducta Alimentaria

Se utiliza cuando los síntomas generan malestar clínicamente significativo, pero no se dispone de información suficiente para realizar un diagnóstico específico.

### *Epidemiología de los TCA*

Una revisión sistemática de estudios epidemiológicos en países de América Latina (como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México) encontró que la prevalencia de los distintos TCA difiere según el tipo de diagnóstico (Kolar y Mebarak, 2022). Ambos autores también señalan que las tasas puntuales promedio en la población general latinoamericana fueron aproximadamente: Anorexia nerviosa de 0,1%, Bulimia nerviosa de 1,16%, Trastorno por atracón de 3,53%. Las cifras revelan que los trastornos por atracones son relativamente más frecuentes en Latinoamérica. Y en torno a la Anorexia nerviosa, en varios países latinoamericanos, la prevalencia varía

entre 0,04% y 0,09%, y la Bulimia nerviosa entre 0,13% y 0,27% en poblaciones generales.

#### *Tratamiento y eficacia de intervenciones*

El abordaje de los TCA es multidisciplinario, ya que, combina intervención médica (monitorización de complicaciones físicas), intervención nutricional y tratamiento psicológico. Recientes revisiones muestran que las intervenciones familiares (Family-Based Treatment) y las psicoterapias basadas en evidencia, por ejemplo, Terapia Cognitiva Conductual para bulimia, tienen mayor respaldo de eficacia, sin embargo, la eficacia global es moderada y existen lagunas, en especial en el tratamiento de la anorexia en personas adultas, donde se considera que se necesitan nuevos enfoques y una mayor investigación. Además, la detección temprana y una intervención adecuada se asocian con mejores pronósticos (Monteleone et al., 2022).

#### *Factores de riesgo y de protección*

Los TCA son de etiología multifactorial, es decir, que interactúan factores biológicos (ej: vulnerabilidad genética), psicológicos (perfeccionismo, baja autoestima, dificultades de regulación emocional), familiares (comentarios respect al peso, dinámica familiar disfuncional) y socioculturales (presión por cumplir con ideales de belleza, violencia estética, estigmas). Revisiones recientes identificaron factores de riesgo como el trauma, abuso infantil y ambiente familiar negligente, al igual que la crítica e influencia del peso corporal en la infancia. Por otro lado, se identificaron factores de protección comprobados que incluyen apoyo social, estilos parentales que fomentan la aceptación del cuerpo y habilidades de afrontamiento efectivas (Barakat et al., 2023).

#### *Importancia de la detección temprana y consideraciones clínicas*

La detección temprana de los TCA es relevante para el pronóstico del consultante. Por su parte, la intervención inmediata disminuye el riesgo en la aparición de complicaciones médicas como enfermedades cardíacas. Clínicamente, se recomienda aplicar una evaluación integral donde se realice una historia médica, exploración de comorbilidades psiquiátricas, evaluación de riesgo suicida y valoración del contexto sociocultural del

consultante para elaborar un plan psicoterapéutico individualizado (Monteleone et al., 2022).

### *Interseccionalidad*

Hace referencia a la interacción entre dos o más factores sociales, que comprende las experiencias de las mujeres pobres y racializadas como fruto de la intersección dinámica entre el género, la raza y la clase en contextos de dominación (Dorlin, 2008).

Según Danièle Kergoat (2009, como se citó en Viveros, 2016), el término “intersección” supone la existencia de grupos que estarían en la intersección del sexismo, el racismo y el clasismo, y no permite pensar una relación de dominación cambiante e histórica. La interseccionalidad estabiliza las relaciones en posiciones fijas y sectoriza las movilizaciones sociales, de la misma manera en que el discurso dominante naturaliza y encierra a los sujetos en unas identidades del otro preexistentes.

### *Relaciones entre conceptos:*

1. Los factores socioculturales asociados al género, en particular la imposición de ideales de belleza diferenciados para mujeres y hombres, son determinantes para la existencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Estos mandatos corporales afectan tanto a mujeres, a través de la exigencia de la delgadez, como a los hombres, por medio de la idealización de la musculatura y definición (Carr, 2023).
2. Las perspectivas de género que vinculan la delgadez con la feminidad y la musculatura con la masculinidad crean presiones psicológicas para cada género con cumplir los estándares de belleza establecidos por una sociedad, lo cual puede desencadenar en un TCA (Ortiz et al., 2022).

3. Desde una perspectiva analítica, toda dominación es interseccional, debido a que el género no puede dissociarse de la raza y de la clase social (Dorlin, 2009).

### 3.2.2 Perspectiva de género actualmente perseguida en academia y a nivel político

La perspectiva de género ha sido objeto de cuestionamientos y resistencias tanto en el ámbito académico como en el político, lo cual ha impactado su legitimidad como enfoque analítico. Estas resistencias generan limitaciones para la incorporación de la perspectiva de género en la investigación, la formación profesional y las políticas públicas, en particular en el campo de la salud mental, donde persisten enfoques biomédicos y neutralizantes del género (Maffía, 2016).

Carral, Jaramillo & Valverde (2020) afirman que en las últimas décadas en el ámbito político la perspectiva de género ha cobrado relevancia, la cual ha sido impulsada por los movimientos feministas y la institucionalización de políticas públicas con enfoque de equidad. Dentro de América Latina, la transversalización de la perspectiva de género, que busca evaluar las implicaciones que tiene sobre los géneros cualquier acción política, se ha reforzado como una estrategia gubernamental para garantizar la igualdad entre hombres y mujeres. A pesar de que aún existen varios desafíos, como la falta de implementación efectiva de medidas contra la violencia de género, varias movilizaciones feministas, como #NiUnaMenos y la Marea Verde, han logrado fortalecer la agenda política de género, exigiendo mayores compromisos institucionales y cambios estructurales en la toma de decisiones políticas.

En Ecuador, la perspectiva de género enfrenta desafíos debido a que la implementación efectiva de políticas con enfoque de género sigue siendo insuficiente por la falta de voluntad política y la influencia de discursos ideológicos que utilizan la igualdad con fines partidistas. Los espacios de poder son el lugar donde se ha observado la desigualdad de género por la escasa representación femenina. Pero no todas las mujeres son afectadas por igual, debido a que existen varios factores que agravan la exclusión como la clase social, la etnia y la orientación sexual (Delgado & Tapia, 2024).

Según Buquet (2011) el feminismo académico ha sido clave para demostrar que la desigualdad entre hombres y mujeres es una construcción cultural, no una diferencia natural, aportando herramientas metodológicas para analizar y transformar estas relaciones de poder. Sin embargo, la institucionalización del feminismo en espacios de toma de decisión sigue siendo un reto debido a las resistencias ideológicas que buscan minimizar su impacto.

La perspectiva de género en el ámbito científico ~~y feminista~~ ha cuestionado la visión androcéntrica de la ciencia que identifica al hombre como el ser humano en general, lo cual históricamente ha invisibilizado el papel de las mujeres en la producción del conocimiento. Desde el feminismo se ha visto que la ciencia no es neutral, sino que mantiene sesgos culturales que han limitado la participación femenina y han mantenido estereotipos sobre la supuesta inferioridad intelectual de las mujeres, como la errónea asociación entre el tamaño cerebral y la inteligencia (Mancini,2022).

En el ámbito de la salud, la perspectiva de género ha demostrado ser fundamental para comprender las diferencias en el acceso, el tratamiento y los resultados en salud, sin embargo, su legitimidad académica ha sido objeto de persecución política e institucional en diferentes contextos. Un ejemplo de ello es lo que ocurrió durante la administración de Donald Trump en Estados Unidos, cuando agencias federales de la salud, como los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), recibieron directrices para evitar términos como *gender*, *gender identity* y *diversity* en propuestas de investigación y documentos oficiales, bajo el riesgo de perder financiamiento público (Kuhlmann & Annandale, 2019). Estas restricciones limitaron el desarrollo de investigaciones con enfoque de género y generaron autocensura académica donde deslegitimaron este marco analítico en el campo de la salud pública y la salud mental. Maffía (2016) advierte que estas intervenciones políticas refuerzan enfoques biomédicos reduccionistas y neutralizantes del género.

### 3.2.3 Perspectiva de género como marginal en la formación en psicología

En la psicología, la perspectiva de género sigue siendo marginal tanto en la investigación como en la enseñanza, lo que genera un vacío en la formación de profesionales para analizar las diferencias entre hombres y mujeres desde un enfoque no sesgado. A pesar del desarrollo metodológico en distintas áreas de la salud, su incorporación en la producción científica es limitada, ya que pocos estudios incluyen el análisis de variables sensibles al género. Esta omisión se debe, en gran parte, a la persistencia de estructuras patriarcales que influyen en la generación de conocimiento y a la falta de exigencias metodológicas en los proyectos de investigación.

Además, en la enseñanza de la psicología, la formación en perspectiva de género no se integra de manera obligatoria, lo que perpetúa sesgos en el diseño de estudios y en la aplicación clínica.

Esto se evidencia en una escasa representación de mujeres en muestras de investigación, ausencia de variables socioculturales que expliquen el impacto del género en la salud mental y en la falta de herramientas conceptuales para abordar problemáticas como la violencia de género (Tomás Aznar et al., 2016).

Rhoda Unger (2010) señala que la psicología ha estado dominada por un enfoque individualista donde el género es tratado como una variable más que como una construcción social con profundas implicaciones políticas. También lo dice Barberá y Matínez (2004) al destacar que el enfoque diferencial aborda el sexo como una variable de clasificación, lo que ha derivado a análisis en estudios psicológicos que asumen las diferencias entre los sexos como determinadas exclusivamente por factores biológicos, omitiendo la influencia del contexto social y cultural en su construcción.

A pesar de tener ciertos avances en la inclusión del concepto de "género" en la psicología, los estudios siguen enfocados en comparar diferencias entre los géneros, en lugar de analizar cómo estas diferencias son socialmente construidas. Esto también se evidencia en los manuales de psicología, que abordan el género de manera superficial y no generan un análisis crítico respecto a cómo los estereotipos moldean las creencias de los sujetos dentro del espacio social (Unger, 2010).

Riger (2016) menciona que, aunque se han tenido algunos avances en la inclusión de mujeres en la psicología, continúan existiendo desigualdades en reconocimiento, que se han evidenciado en una menor valoración de las investigaciones hechas por mujeres, además de que la psicología ha estado marcada por sesgos sexistas desde sus inicios, tratando de encajar sus problemáticas dentro de paradigmas tradicionales. La autora también señala que la psicología feminista destaca la influencia de las

emociones en la investigación, especialmente en temas como la violencia de género. Estas problemáticas fueron ignoradas por la psicología hasta que el activismo feminista las visibilizó. Riger también cree necesario generar un análisis interseccional, debido a que las desigualdades de género están atravesadas por factores como la raza y la clase social. Finalmente, enfatiza que integrar la investigación feminista en la psicología convencional puede lograr una ciencia más equitativa y socialmente comprometida.

Aunque el interés por las mujeres en la psicología ha crecido, la enseñanza sobre la perspectiva de género en la formación profesional sigue siendo limitada. La psicología tradicional se ha manejado bajo la falsa premisa de neutralidad científica, cuando realmente distorsionan la experiencia de las mujeres y conservan un enfoque androcéntrico. Además, no todo estudio sobre género es feminista; muchos describen diferencias sin cuestionar las estructuras de poder que las generan, dejando de lado el análisis crítico. Esta exclusión genera un impacto directo en la práctica psicológica, donde las intervenciones pueden reforzar desigualdades en lugar de desafiarlas. Para lograr un enfoque más completo, sería importante considerar la interseccionalidad, es decir, cómo el género se cruza con otras formas de desigualdad como la raza, la clase social y la orientación sexual. Sin estos cambios, la psicología seguirá creando desigualdades en lugar de contribuir a su transformación (Ferrer, 2019).

En Latinoamérica, la psicología y los feminismos han significado un importante logro en el campo de la investigación, esta relación constituye un espacio controversial, especialmente en la categoría de género. En el Ecuador, esta relación se ha desarrollado de manera no lineal, debido a resistencias institucionales, disputas epistemológicas y tensiones en los espacios académicos. Guarderas y Carofilis (2024) señalan que la incorporación de los feminismos en la psicología ha implicado procesos de confrontación con enfoques tradicionales que tienden a neutralizar las desigualdades de género, lo cual mantiene los enfoques psicológicos que privilegian lecturas individualizantes de los fenómenos sociales. Las autoras advierten que aquellas tensiones atraviesan la docencia, la investigación y la producción de conocimiento.

Otros autores, mencionan que los feminismos han buscado desafiar cada vez más las versiones menos comprometidas de las teorías de género, señalando la necesidad de incorporar nuevas opciones que sean transformadoras y críticas, por lo que la psicología y el feminismo invitan a repensar los significados de género para abordar una amplia diversidad sexo-genérica más allá de la heteronormativa (Reyes, Mayorga y Araújo, 2017).

En esta línea, Ballesteros (2022) evidencia cómo, en el contexto ecuatoriano, específicamente en la ciudad de Ambato, la psicología clínica sigue siendo influenciada por un marco heteronormativo, lo que impacta en la atención terapéutica a pacientes LGBTI. La falta de capacitación específica genera un ejercicio profesional deficiente, donde se siguen observando sesgos que patologizan la homosexualidad o la presentan como un problema a resolver. Gracias a este estudio, se llegó a la conclusión de que las universidades ofrecen escasa formación en diversidad sexual y de género, lo que dificulta la aplicación de enfoques inclusivos. Y se evidencia que muchos psicólogos aún abordan la homosexualidad desde una perspectiva de aceptación en lugar de reconocimiento, lo que refuerza discursos que no favorecen una práctica libre de prejuicios.

Estos hallazgos ponen en evidencia una limitación recurrente en la psicología clínica tradicional, la cual se refleja también en el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), que con frecuencia han sido analizados desde un enfoque biomédico, dando menos importancia a los constructos sociales que configuran la experiencia corporal. Lo cual, impide que se realice un análisis de los discursos patriarcales y normativos que sostienen dichas prácticas, por tanto, mantener un abordaje unidireccional limita la comprensión del sufrimiento psíquico asociado a los TCA. Esto plantea la necesidad de incorporar enfoques críticos, como los feministas, que permitan cuestionar la vergüenza corporal y la culpa internalizada en quienes padecen estos trastornos (Breton et al., 2023).

### 3.2.4 Los TCA desde la perspectiva feminista del género

Pasquinelli (2015) en su libro "La estafa de la feminidad", menciona que la cultura reproduce mandatos y estereotipos de género que llevan a pensar el mandato de la belleza como requisito ineludible de lo "femenino" como un dispositivo que hace a la mujer sumisa y acostumbrada a la violencia sobre el cuerpo. A lo largo de un siglo, las tapas de las revistas han mostrado cambios solo en mujeres con menos ropa, delgadas y blancas, siendo sexualizadas por los hombres y admiradas por las mujeres. Pasquinelli promueve la cultura del Hackeo de estereotipos, buscando de cierta manera erradicar los pensamientos sobre el ideal de belleza que lleva a pensar constantemente en la dieta sin ver el peligro de padecer un TCA.

Además, autoras como Wolf (1991), en "El mito de la belleza" manifiesta que los ideales de belleza femenina son una especie de idea platónica que crea cada sociedad, la cual está en constante evolución. La mujer vive el mito de la belleza como una comparación continua de un ideal físico que es divulgado masivamente y contribuye a la insatisfacción corporal al estar llena de exigencias.

También, se ha encontrado que las mujeres presentan puntuaciones más altas en comportamientos relacionados con los Trastornos Alimentarios, como el impulso por la delgadez y la insatisfacción corporal a diferencia de los hombres que son más propensos a desarrollar una patología de TCA de menor gravedad, como preocupaciones por el peso, la alimentación y restricción dietética. Estudios transversales también exhiben que los hombres con TCA muestran altas tasas de comorbilidad psiquiátrica, historial de sobrepeso premórbido y una edad de inicio más tardía a diferencia de las mujeres con TCA (Thapliyal et al., 2018).

En el caso de las personas transgénero y no binarias, la disforia de género y la discriminación aumentan la vulnerabilidad a los TCA, pero la falta de tratamientos adaptados a sus necesidades genera entornos terapéuticos inseguros, donde suelen ocultar su identidad por temor a ser invalidados. Además, la perspectiva de género tradicional entre los profesionales de la salud contribuye a diagnósticos erróneos y a intervenciones que no abordan las causas estructurales del problema (Thapliyal, Hay & Conti, 2018).

Las personas transgénero y no binarias presentan una prevalencia más alta de TCA en comparación con la población cisgénero. La escasez de profesionales con formación en diversidad de género genera barreras significativas para una adecuada atención. Algunos de los obstáculos identificados es la estigmatización, la discriminación en los entornos clínicos y la falta de apoyo familiar, lo que puede llevar a que muchas personas transgénero y de género no binario eviten buscar ayuda profesional por miedo a experiencias negativas con profesionales de la salud. También, los enfoques tradicionales de tratamiento para los TCA han sido diseñados con base a experiencias cisnormativas, lo que excluye problemáticas como la relación entre disforia de género e insatisfacción corporal. Y se ha identificado que el uso de enfoques terapéuticos estándar, como la terapia de aceptación corporal, puede ser contraproducente si no se adapta a las experiencias de género de cada paciente (Ferrucci et al., 2023).

Desde la perspectiva feminista del género, los TCA se comprenden como fenómenos atravesados por mandatos culturales, estereotipos de género y relaciones de poder que regulan la experiencia corporal. La literatura indica que los ideales de belleza, operan como dispositivos de control que reproducen insatisfacción corporal y prácticas de vigilancia sobre el cuerpo (Wolf, 1991; Pasquinesi, 2015). Por otro lado, los TCA en los hombres suelen manifestarse a través de preocupaciones por el peso y la musculatura, y suelen tener una detección tardía (Thapliyal et al., 2018). En el caso de las personas transgénero y no binarias, la disforia de género, la discriminación y la falta de abordajes clínicos sensibles a la diversidad

incrementan la vulnerabilidad a los TCA y dificultan el acceso a tratamientos adecuados (Ferrucci et al., 2023). En conjunto, este cuerpo teórico ~~señala~~ MILLAS que el género no debería ser considerado solo como una variable descriptiva, sino como una configuración estructural que interfiere en la aparición de los TCA y debería ser reconocido en la intervención clínica.

## 4. Materiales y metodología

---

### **Tipo de estudio**

#### ***Cualitativo***

“La investigación cualitativa por definición se orienta a la producción de datos descriptivos, como son las palabras y los discursos de las personas, quienes los expresan de forma hablada y escrita, además, de la conducta observable” (Taylor & Bogdan, 1986, citado en Quecedo & Castaño, 2002). Este tipo de estudio se orienta a cuestionar el conocimiento objetivo de la *realidad* que estudia, en ello intervienen los relatos y comportamiento que se expresan según lo que cada sujeto conoce a partir de su experiencia subjetiva del mundo, con este método se investigan fenómenos sociales complejos que son complicados de obtener desde la investigación cuantitativa, tal como las perspectivas de las personas en torno a sus relaciones, creencias, hábitos y valores.

### **Tipo de diseño**

El estudio se realizó con un diseño no experimental, donde se observó y describió los fenómenos que se presentaron en la investigación, sin la alteración de las variables propuestas. Los datos fueron transversales debido a que se recogieron durante un corto periodo de tiempo.

### **Tipo de alcance**

#### ***Descriptivo***

La investigación se centró en describir la perspectiva de género de los profesionales de salud mental en el tratamiento de los TCA. Permitted tener una comprensión detallada de las prácticas actuales en el tratamiento de los TCA, tomando en cuenta el género de los pacientes.

La investigación descriptiva corresponde a un proceso inicial y preparatorio de la investigación, el fenómeno que se estudió forma parte de un sistema complejo, por lo cual, permite ordenarlo, acotarlo, caracterizarlo y clasificarlo, lo que conllevó a una descripción del fenómeno lo más preciso posible (Tinto, 2013).

Según Guevara et al., (2020) la investigación descriptiva tiene como objetivo recopilar datos respecto a las características, propiedades, aspectos o dimensiones de los sujetos de los procesos sociales, esta utiliza los datos para comprobar una hipótesis o responder a preguntas referente a la situación de los sujetos de estudio.

### **Población y muestra**

La población de estudio estuvo conformada por profesionales de la salud mental que ejercían en consulta privada en la ciudad de Quito, durante el periodo enero – junio de 2025, y que contaban con experiencia clínica en el abordaje de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

La muestra fue seleccionada en función de criterios teóricos y de pertinencia con los objetivos de la investigación. En total, participaron once psicólogos y psicólogas clínicas.

### **Criterios de inclusion**

Se incluyeron en el estudio profesionales que cumplían con los siguientes criterios:

- Ejercicio profesional activo en consulta privada en la ciudad de Quito.
- Formación profesional en psicología clínica.
- Experiencia mínima de tres años en atención clínica.
- Haber atendido al menos ocho casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) a lo largo de su práctica profesional.
- Aceptación voluntaria de participar en el estudio, mediante consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

Se excluyeron del estudio profesionales que:

- No contaban con experiencia clínica directa en el tratamiento de TCA.
- Ejercían exclusivamente en el ámbito institucional o público.
- No cumplían con el tiempo mínimo de experiencia clínica establecido.

Participantes (nomenclatura)	Género	Años en la práctica clínica
P1PA	Mujer	6
P2AN	Mujer	10
P3RO	Hombre	20
P4AN	Mujer	5
P5AL	Mujer	12
P6PA	Mujer	15
P7PI	Mujer	26
P8CA	Hombre	3
P9BE	Mujer	10
P10JI	Mujer	5
P11SA	Mujer	4

La presente nomenclatura es utilizada a partir del análisis del discurso para referirse a los participantes.

### **Consideraciones éticas**

La investigación se desarrolló respetando los principios éticos establecidos por la American Psychological Association (APA) y la Declaración de Helsinki para la investigación con los seres humanos, garantizando el respeto a la dignidad, autonomía y bienestar de las personas participantes.

Los participantes fueron informados de manera clara sobre los objetivos del estudio, el uso académico de la información recopilada y el carácter voluntario de su participación. Asimismo, se les explicó que podían retirarse del estudio en cualquier momento. El consentimiento informado fue obtenido de forma previa a la aplicación de las entrevistas, asegurando la comprensión y aceptación de las condiciones de participación. Las entrevistas solo fueron grabadas por audio y los datos obtenidos de las entrevistas fueron tratados con confidencialidad. Además, fueron manejadas sin causar malestar emocional, sentimiento de inferioridad, ni pusieron en peligro la reputación profesional de los participantes.

## **Técnicas de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos utilizada en este estudio fue la entrevista individual semiestructurada, debido a que permite explorar los significados, experiencias y posicionamientos discursivos de los profesionales de la salud mental respecto al género y al tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La entrevista es una técnica cualitativa que se caracteriza por centrarse en la experiencia personal de la parte entrevistada y por facilitar la producción de discursos por medio del intercambio de ideas, opiniones y reflexiones en un contexto de diálogo guiado (Universidad Europea Online, 2023).

Se consideró realizar entrevistas semiestructuradas, debido a que este formato combina una guía de preguntas previamente elaboradas que no siguen un orden específico donde el entrevistador elige qué preguntas realizar en base al momento que se presente, esto permitió tener flexibilidad durante la entrevista, favoreciendo la exploración de tensiones, contradicciones y énfasis discursivos relevantes para los objetivos del estudio.

Las preguntas de la entrevista fueron construidas a partir de los aportes teóricos desarrollados en el marco conceptual de este estudio, siendo estos la psicología feminista y los estudios críticos sobre género y salud mental, los cuales han señalado la persistencia de sesgos de género en la práctica clínica y en la formación de profesionales de la salud mental. Estos enfoques han señalado que la psicología tradicional ha tendido a asumir diferencias entre hombres y mujeres como naturales, sin analizar las relaciones de poder, los mandatos socioculturales y las normas de género que atraviesan el abordaje clínico de los trastornos mentales, incluidos los TCA (Riger, 2016).

## **Procedimiento**

Se citó a los participantes de manera presencial e individual. Para proceder con la entrevista, firmaron un consentimiento informado que detalla los objetivos y la metodología de investigación, responder a 14 preguntas con relación al tema de estudio, el tiempo aproximado de entrevista de 30 a 45 minutos, y que toda información recolectada se usará de manera confidencial, guardando así su anonimato.

Cada entrevista duró un tiempo estimado de 30 a 45 minutos. Todas las preguntas fueron respondidas y ninguno de los participantes abandonó el proyecto.

## **Técnica de análisis de datos**

*Análisis del discurso e interpretación de los repertorios interpretativos.*

El presente estudio hace uso del análisis del discurso, el cual implica el desarrollo de hipótesis sobre los propósitos y las consecuencias del lenguaje donde los hablantes brindan perspectivas cambiantes, inconscientes y variadas de sus mundos sociales (Wetherell & Potter, 1987).

Este enfoque se centra en el discurso en sí mismo como objeto de análisis, tratado como un canal de información contextual y funcional. Es así como el discurso no es considerado como una representación transparente del pensamiento, sino que se analiza su construcción en relación con su función, haciendo uso de los repertorios empíricos y de contenido. Esta construcción guía al analista hasta el punto donde el discurso se fabrica desde los recursos lingüísticos preexistentes con características propias, la noción de construcción enfatiza que el discurso está orientado hacia la acción donde se presentan consecuencias prácticas, de esta manera, se comprende que el discurso “construye” la realidad vivida (Potter, Stringer & Wetherell, 1984).

El análisis del discurso implica una lectura intensiva donde se debe prestar mucha atención a los detalles en el uso del lenguaje de las transcripciones, para de esta manera identificar patrones de variabilidad y consistencia, así como las funciones que esos patrones cumplen dentro de contextos específicos. Pero la regularidad en el discurso no puede ser probada a nivel individual, sino por repertorios interpretativos que identifican las inconsistencias siendo las diferencias entre unidades lingüísticas relativamente vinculadas e internamente consistentes (Gilbert & Mulkay, 1984).

Los repertorios son elementos utilizados por los hablantes para construir versiones de las acciones, procesos cognitivos y otros fenómenos, por su parte, los repertorios interpretativos son conjuntos coherentes de términos usados de manera estilística y gramatical específica que las personas utilizan para construir versiones del mundo, estos repertorios son recursos lingüísticos disponibles culturalmente que permiten dar cuenta de eventos, justificar acciones o formular argumentos. Por otro lado, el repertorio de la comunidad es aquel donde se usan términos en común, siendo que pertenezcan a la comunidad de psicólogos. El análisis se constituye por una primera fase, que es la búsqueda de patrones en los datos, aquel patrón será en forma de variabilidad que respecta a las diferencias en el contenido, y consistencia que es la identificación de características compartidas entre los discursos. El análisis del discurso tiene como argumento que el habla de las personas cumple varias funciones y tiene diversos efectos, por tanto, la segunda fase del análisis es formar hipótesis sobre aquellas funciones y efectos, y buscar evidencia dentro de la evidencia lingüística. Se entiende que el análisis del discurso es sensible a matices lingüísticos (variaciones en el significado) y al tipo de características susceptibles al contexto, pero es un enfoque sistemático que lanza resultados evaluables y validados por el propio informe de investigación que contiene extractos con detalladas interpretaciones para que el lector pueda evaluar aquellas interpretaciones y sacar sus propias conclusiones (Wetherell y Potter, 1996).

## 5. Análisis de datos

### 5.1 Repertorios discursivos sobre género y perspectiva de género

#### **Género como un “deber ser”, expectativas socialmente aceptadas**

El siguiente repertorio construye al género como un “deber ser”, donde se establecen expectativas sociales junto a un rol que se deba cumplir. Este “deber ser” es transmitido por los padres y educadores durante la niñez. En el caso de las mujeres, se espera que cumplan el rol de formar un hogar, mientras que en los hombres se limita su expresión afectiva, debido a un sistema homofóbico y transfóbico que coloca estas expresiones fuera de la norma heterosexual, por ejemplo, “P4AN” expresa que: “Es una construcción social, género es el rol que cumplimos dentro de una sociedad, lo que esperan de nosotros [...] las mujeres debemos, aunque eso está cambiando, debemos ser las que formen un hogar [...] En los hombres más estaría encaminado a qué si quieren expresar cariño entre hombres no pueden porque, además, estamos en un sistema que es muy homofóbico, transfóbico, entonces no pueden hacerlo sin que se lo interprete como que son gays, y gays es sinónimo de que algo está mal” (P4AN, comunicación personal, 17 de marzo de 2025). Este discurso se relaciona con lo que plantea Lamas (1996), quien menciona al género como un sistema cultural que define roles para mujeres con relación a tareas vinculadas al hogar, y para los hombres mandatos de masculinidad con relación a “proteger a la mujer” y los restringen de la expresión emocional, ya que, eso los haría ver “vulnerables”, lo cual está fuera del rol masculino.

Los padres o cuidadores sostienen una visión normativa del género y la sexualidad, la cual se engloba únicamente en lo que validan, siendo estas las relaciones hetero. Este discurso, además de moldear la educación que reciben los hijos, restringe la libertad en la construcción de su identidad y en la elección de sus relaciones, por ejemplo, “P2AN” reconoce que: “Los padres cuidadores o educadores esperan que sus hijos tengan una educación de género a la que aquellos la tuvieron, o a lo que socialmente entre comillas está aceptado, probablemente si eres mujer está perspectiva de qué yo quisiera que te cases con un hombre o si eres hombre mi perspectiva que te cases con una mujer” (P2AN, comunicación personal, 18 de marzo de 2025). En este sentido, este repertorio conecta con el aspecto normativo del género, lo que Marta Lamas (1996) señala: define el género como “la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas en función de sus cuerpos” (p. 4). Lo que permite entender que las expectativas familiares no son naturales, sino producto de normas socioculturales.

En el fragmento que se presenta a continuación, se reconoce que el género no es un hecho natural, sino una construcción social que asigna roles y expectativas en función del sexo biológico. Al señalar el binarismo (masculino frente a femenino), el participante resalta la rigidez con la que se forma un sistema de género y cómo este condiciona la forma en que los sujetos se perciben y relacionan. “P6PA” argumenta que: “Es una construcción social a partir de la cual las personas incorporamos en nuestra vida una serie de expectativas y roles que han sido descritos y de cierta manera impuestos por una sociedad, desde una perspectiva binaria lo que sería una cuestión de género masculino frente a género femenino, y estos roles y expectativas para cada uno de los géneros en función del sexo biológico” (P6PA, comunicación personal, 25 de marzo de 2025).

El género, según Unger (2010), debe comprenderse como una categoría socialmente construida, diferenciada del sexo biológico, y aquello funciona como un sistema que regula las conductas consideradas aceptadas para hombres y mujeres. En esa misma línea, Riger (2016) advierte que las concepciones binarias del género reproducen una aparente neutralidad científica que en realidad sostiene relaciones de poder desiguales. Así, ambas autoras coinciden en que este aspecto binario del género no solo organiza la vida social, sino que también refleja la imposición de expectativas sociales limitando la experiencia individual.

En este repertorio, los participantes coinciden en que el género es una construcción social, y no un hecho biológico sino un sistema de normas, expectativas y roles impuestos por la sociedad. Estas ideas se van hilando en un discurso que primero define el género desde lo cultural, luego se agregan elementos que lo vinculan con conductas específicas como el rol doméstico asignado a las mujeres y la represión de la vulnerabilidad masculina. También se menciona la influencia que tienen los cuidadores como principales transmisores de estos mandatos sociales durante la niñez. Y aparece un elemento nuevo al mencionarse los estereotipos y prejuicios de género, así como de la homofobia y transfobia que se alejan de la norma heterosexual y binaria, de esta manera el repertorio no solo define el género como un “deber ser” socialmente esperado, sino que también muestra cómo este se mantiene por las prácticas culturales y estructuras de discriminación.

### **El género como identidad**

El género en este repertorio se define como la autopercepción de un individuo respecto a cómo se percibe, interpreta y construye a sí mismo en torno a su identidad de género, es decir, la manera en la que el individuo se muestra ante la sociedad. Es una percepción psicológica que genera una interpretación propia de su identidad, por ejemplo, “P3RO” señala que: “El

género como se describe justamente es la percepción psicológica que tiene el individuo sobre la sexualidad, cómo se identifica psicológicamente” (P3RO, comunicación personal, 20 de marzo de 2025). Otro ejemplo, “P1PA” menciona: “La forma en la que te percibes a ti como individuo, como el género que deseas ser, como la persona que deseas proyectar ante los demás” (P1PA, comunicación personal, 17 de marzo de 2025). Lo expresado por el participante, coincide con Unger (2010), quien señaló que el género además de ser una construcción de roles sociales también implica procesos psicológicos en que los individuos se identifican y son identificados en una sociedad.

Además de concebir el género como una autopercepción, este es comprendido como un proceso que se manifiesta a través de diversas formas de expresión. Se entiende por expresión de género como la forma en que se manifiesta el género mediante la conducta y apariencia, esta puede ser masculina, femenina, andrógina o una combinación de las tres, para ciertas personas aquello se ajusta a las ideas que la sociedad considera apropiadas para su género, mientras que para otras no, ya que, no se ajusta a las normas y expectativas sociales, como los hombres que son percibidos como "afeminados" o las mujeres consideradas "masculinas". La expresión de género no siempre está vinculada con el sexo biológico, identidad de género o la orientación sexual (Ronconi et al., 2023). Por ejemplo, “P5AL” plantea que: “Es cómo una persona se percibe a sí misma dentro de una sociedad, con qué se identifica y cómo quiere mostrarse al mundo” (P5AL, comunicación personal, 20 de marzo de 2025).

En este repertorio se reafirma el género como una identidad no biológica, haciendo alusión a que aquello se lee como lo mental o psicológico, por ejemplo, “P10JI” expresa: “El género podría definirse como la identidad no biológica que puede tener una persona referente a masculino, femenino, o alguna otra caracterización que defina su identidad”. Esta forma de conceptualizar el género, coincide con lo planteado por Barberá y Martínez (2004), donde el género implica integrar creencias sociales con la reflexividad personal, recalcando el papel de la autodefinition psicológica.

Este repertorio es contradictorio con el “deber ser”, ya no se enfatiza tanto la imposición social, sino la vivencia interna respecto al género. El repertorio uno encierra al género dentro de los estereotipos normativos impuestos por una sociedad, roles y estructuras de poder que limitan a la persona por lo que debe cumplir en base a su género. Por otro lado, el segundo repertorio reconoce al género como una construcción interna con relación a la autopercepción, la identidad psicológica y la libertad para expresarse, donde la persona no se rige a una norma y se muestra a la sociedad de manera auténtica.

### **Género como desigualdad social**

El tercer repertorio mira al género como un sistema donde se producen desigualdades, no se enfoca en sí en la vivencia personal del género, sino que reconoce que existen consecuencias sociales dentro de un sistema patriarcal donde el poder depende de tu género y esto tiende a ser normalizado. Esto se relaciona con lo mencionado por Joan Scott (1996) donde explica que el género es una categoría de análisis que no solo se centra en mirar las diferencias, sino que también analiza las relaciones de poder basadas en la diferencia sexual. De esta forma, el género se convierte en un principio organizador de desigualdades en distintos ámbitos de la vida social, por ejemplo, “P3RO” señala que: “En la perspectiva de género, si vamos tomándolo etimológicamente, desde la definición es un poco tener la idea o tratar de entender la desigualdad que hay entre hombres y mujeres a todo nivel, de los roles” (P3RO, comunicación personal, 20 de marzo de 2025).

Y “P9BE” comparte esta idea y toma en cuenta que existe un pensamiento distinto entre hombres y mujeres: “Nosotras somos faltantes de, en cambio ellos tienen la elección y ellos se basan por la competencia interna que tienen con otros hombres. Me parece interesante porque las mujeres

siempre estamos en “elígeme” pero los hombres son quienes eligen [...] los hombres piensan totalmente diferente a las mujeres, y cuando hacemos terapia hacemos lo mismo sin pensar que piensan diferente” (P9BE, comunicación personal, 02 de abril de 2025). En este fragmento se puede identificar elementos propios del discurso psicoanalítico lacaniano sobre la diferencia sexual, la afirmación “nosotras somos faltantes de” sitúa a las mujeres en una posición simbólica de carencia, asociada en el psicoanálisis con la falta del significante fálico, mientras que los hombres aparecen como quienes “eligen” y, por tanto, se posicionan en el deseo y el poder de decisión (Hook, 2006).

También se evidencia un pensamiento crítico sobre cómo el género está dentro de un marco de violencia estructural y sistemática, donde las mujeres y personas con diversidad sexo genérica atraviesan desigualdades determinadas por la cultura, por ejemplo, “P11SA” argumenta lo siguiente: “He atravesado un montón de cosas a nivel social determinadas por la cultura como toda esta violencia sistemática siendo violencia estructural y es verlo desde ahí, verlo desde esta otra manera no solo desde lo egocentrista bien patriarcal de esta manera de “todos somos uno” cuando las mujeres vivimos cosas distintas a los hombres y a las personas con otra identidad sexo genérica” (P11SA, comunicación personal, 10 de abril de 2025). Según Johan Galtung (1969) la violencia estructural hace referencia a una forma de violencia en la que una institución social puede perjudicar a las personas al impedirles satisfacer sus necesidades básicas. La autora señala que la violencia personal se manifiesta de manera directa en actos individuales, como la agresión física de un esposo hacia su esposa, pero cuando un sistema social, como millones de esposos, mantienen a grupos enteros, como millones de esposas, en condiciones de desigualdad y limitaciones de oportunidad, es violencia estructural.

Este tercer repertorio es compatible con el repertorio del género como el “deber ser” debido a que en este primero describe los mandatos sociales de cómo deben comportarse hombres y mujeres, y el repertorio de género como desigualdad social problematiza esos mandatos, mostrando las consecuencias que se dan por regirse a aquellos estereotipos. Por otro lado, el tercer

repertorio es compatible con el segundo repertorio de género como identidad, en el sentido de que el segundo repertorio habla de la libertad que tienen las personas respecto a saber cuál es su identidad, pero también hace énfasis en que están expuestas a atravesar desigualdades sociales por el género con el que se identifican, lo cual se relaciona directamente con el tercer repertorio del género como desigualdad social.

Se puede evidenciar esta compatibilidad en ciertos participantes, por ejemplo, “P3R0” comenta que: “Es la percepción psicológica que tiene el individuo sobre la sexualidad, cómo se identifica psicológicamente [...] es un poco tener la idea o tratar de entender la desigualdad que hay entre hombres y mujeres a todo nivel, de los roles”. Y “P9BE” plantea que: “Hay una identidad de género de cómo las personas te ven y qué cosas haces tú para que te vean en el género el que tú estás entre comillas posicionándote desde los comportamientos, la forma de hablar, de vestirse, es muy cultural [...] He atravesado un montón de cosas a nivel social determinadas por la cultura como toda esta violencia sistemática siendo violencia estructural y es verlo desde ahí” ...

## 5.2 Repertorios discursivos sobre diversidad sexo genérica

### **La diversidad sexo genérica como minoría vulnerable e invisibilizada**

Este repertorio muestra a las personas con diversidad sexo genéricas como minorías vulnerables que no han tenido visualización en la sociedad y merecen ser respetadas. Además, se reconoce que la diversidad sexo genérica es un tema que se toma a la ligera, por lo cual, no se le brinda la debida atención, por ejemplo, “P1PA” reflexiona sobre aquello: “Pude conocer un poquito más de las luchas sociales, de la problemática, de la invisibilidad que en la sociedad se da bastante, al final es una minoría vulnerable que vive en constante lucha, porque la sociedad que tenemos lastimosamente es muy cuadrada” (P1PA, comunicación personal, 17 de marzo de 2025).

La invisibilización de la diversidad en la práctica clínica se refleja también en los hallazgos de Ballesteros (2022) en un estudio hecho en la ciudad de Ambato – Ecuador, reveló que la psicología clínica sigue siendo influenciada por un marco heteronormativo, que es un concepto social que norma y normaliza las relaciones heterosexuales en la sociedad como las únicas validas, ya sean relaciones sociales, sexuales, de género, laborales, económicas y políticas (Vinueza & Manuel, 2017). Lo que impacta en la atención terapéutica a pacientes LGBTI. La falta de capacitación específica genera un ejercicio profesional deficiente, y llegó a la conclusión de que las universidades ofrecen escasa formación en diversidad sexual y de género, lo que dificulta la aplicación de enfoques inclusivos.

Por tanto, los participantes reconocen que dentro de la práctica clínica persiste una invisibilización de la diversidad sexo genérica, producto de un sesgo heteronormativo que impide tener una visión más amplia para interpretar y atender los casos. Como lo señala Riger (2016), la psicología tiende a mantener concepciones binarias que suponen una neutralidad científica, pero en realidad aquello reproduce relaciones desiguales de poder, lo cual ocasiona que la práctica clínica siga siendo atravesada por la heteronormatividad. Aquel sesgo no siempre es consciente, debido a que viene de una estructura cultural que posiciona a la heterosexualidad como el único referente de relación afectiva y sexual. Por ejemplo, “P8CA” cuestiona aquel punto: “Entiendo que existe una variedad de géneros, de inclinaciones de orientación sexual [...] En otros temas de salud mental no se toma en cuenta la diversidad sexo genérica ni nada por el estilo. Entonces es muy general o muy a la ligera, no se toma la molestia de identificar exactamente qué es lo que está pasando el individuo” (P8CA, comunicación personal, 27 de marzo de 2025).

En consecuencia, las identidades que están fuera de este marco normativo son vistas como problemáticas, lo cual tiene repercusiones en la salud mental de los consultantes. Como explica Sánchez (2020), los profesionales de la psicología necesitan cuestionarse respecto a la heteronormatividad en los conceptos de monogamia, roles de género, identidad sexual, orientación sexual, ya que el establecer un criterio sin antes cuestionarse puede afectar negativamente al

consultante. Por ejemplo, “P9BE” reconoce lo siguiente: “Cuando las personas llegan a consulta, asumimos mucho la orientación, si te dicen “tengo un rompimiento amoroso” y los terapeutas asumimos que, si eres mujer tienes un rompimiento amoroso por un hombre, no preguntamos ni indagamos [...] existen más constructos desde ese lugar” (P9BE, comunicación personal, 02 de abril de 2025).

Este repertorio evidencia que las personas con diversidades sexo genéricas están sujetas a una invisibilidad social y discriminación, lo que también se refleja en la atención clínica. Los participantes señalan que la heteronormatividad sigue predominando en la práctica psicológica, lo que ocasiona que se generen suposiciones sobre la orientación sexual e identidad de género de los consultantes. Aunque algunos profesionales son conscientes de este sesgo, la falta de formación en este tema impide que esa consciencia se establezca en un abordaje psicoterapéutico verdaderamente inclusivo. En conjunto, estos discursos resaltan la urgencia de visibilizar la diversidad sexo genérica e integrar un tratamiento psicoterapéutico que rompa con la reproducción de prácticas heteronormativas.

### **Diversidad sexo genérica como un espectro que se sale de lo tradicional**

Este segundo repertorio discursivo reconoce la diversidad sexo genérica como una amplia categoría de identidades y orientaciones que no encajan dentro de los esquemas normativos tradicionales. En los discursos de profesionales de la salud mental entrevistados, la diversidad aparece definida de manera general y poco diferenciada, funcionando como una categoría “sombrija” que reúne múltiples experiencias bajo una misma denominación. Cabe mencionar que varios profesionales en psicología suelen utilizar el término “sombrija” donde la diversidad sexo genérica con frecuencia es tratada como una agrupación de distintas identidades bajo la categoría de “diversidad”, por lo tanto, dificulta realizar intervenciones diferenciadas y se oculta una heterogeneidad interna (Jiménez, 2018). De este modo, la diversidad es reconocida, pero a la vez homogeneizada, lo cual limita tener una comprensión específica de las distintas identidades. Esto se evidencia, por ejemplo, en el discurso de P5AL, quien señala que la diversidad sexo genérica corresponde a personas que no se identifican con un género “muy tradicional” y que son agrupadas por los psicólogos dentro de esta amplia categoría (P5AL, comunicación personal, 20 de marzo de 2025).

Desde este repertorio, la diversidad se conceptualiza como aquello que se posiciona fuera de los parámetros normativos, lo cual va más allá de las categorías establecidas por el binarismo sexual. Por tanto, la diversidad no se limita a la distinción entre sexos y géneros, sino que plantea la idea de un espectro amplio de múltiples identidades y expresiones de género. Algunos participantes reconocen la existencia de un espectro amplio de identidades de género, pero este reconocimiento se observa desde una lógica de exterioridad, donde lo diverso se presenta como un “espectro” respecto de lo normativo. Así lo expresa “P6PA”, al señalar que: “Diversidad sería primero entender diferencias entre sexos y géneros, pero también entender que esto no es netamente binario, que también tenemos muchos más puntos dentro de lo que sería este espectro de las identidades de género” (P6PA, comunicación personal, 25 de marzo de 2025). Esta forma de entender la diversidad amplía el marco binario, pero no necesariamente lo cuestiona en su base estructural.

Este modo de construir discursivamente la diversidad dialoga con los planteamientos de Butler (2007), quien señala que las identidades que no se ajustan al Sistema binario heterosexual tienden a ser vistas como exterioridad, es decir, como aquello que queda fuera de lo normativo. En este sentido, el repertorio analizado reconoce las múltiples identidades, pero a la vez reproduce una lógica que mantiene la diversidad como un otro, más que como una dimensión estructural del género.

Finalmente, este repertorio no es contradictorio con el repertorio de diversidad sexo genérica como minoría vulnerable e invisibilizada, sino que ambos se complementan porque explican dos aspectos del mismo tema sin ser contradictorios, primero, que las diversidades sexo genéricas son invisibilizadas y discriminadas, y segundo, que existe una amplia diversidad que desafía en binarismo, ambos parten de la idea de que la diversidad sexo genérica existe y va más allá de lo impuesto como normativo.

## **La diversidad sexo genérica como moda y confusión**

Este repertorio observa la diversidad sexo genérica como un fenómeno problemático y complejo que ha crecido y es utilizado especialmente por adolescentes, como una búsqueda de aceptación social. En los discursos de algunos profesionales de la salud mental entrevistados, la diversidad es vista como carente de legitimidad, al ser interpretada como una “moda” o como una respuesta al deseo de pertenecer a un grupo, más que como una experiencia identitaria auténtica. Desde esta mirada, la ampliación de categorías sexo genéricas no representa un avance, sino una fuente de confusión que resta seriedad al tema.

Esta forma de comprender la diversidad se evidencia en el relato de “P2AN”: “Ahora hay un abanico más de opciones probablemente por el querer ser aceptados o por el mismo hecho de la apertura al conocimiento de la diversidad a manera del vínculo con el otro independientemente sea del mismo género o no” (P2AN, comunicación personal, 18 de marzo de 2025). En este discurso, la identificación con géneros u orientaciones no normativas es presentada como algo circunstancial, lo que pone en duda la autenticidad de dichas experiencias.

De manera similar, “P3RO” describe la diversidad sexo genérica como un proceso de “diversificación muy grande” que ha vuelto el abordaje clínico más complejo y que, al normalizar múltiples formas de identificación, estaría generando una pérdida de “seriedad (P3RO, comunicación personal, 20 de marzo de 2025). La idea de que las personas pueden identificarse con “un poquito de aquí un poquito de allá” refleja un discurso que infravalora las diversas identidades, viéndolas como mezclas poco definidas en lugar de verlas como experiencias auténticas de autodefinición.

Desde un diálogo teórico, este repertorio se vincula con lo planteado por Lamas (1996), quien explica que las construcciones culturales en torno al género establecen jerarquías que deslegitiman aquello que se aparta de la norma. En este caso, la desvalorización se expresa al reducir la diversidad a una moda o una manera de obtener aceptación social, lo cual implica una negación de su dimensión subjetiva y estructural. Asimismo, este tipo de

discursos coincide con lo observado por Ballesteros (2022) en el contexto ecuatoriano, donde se identifican posicionamientos conservadores en la práctica clínica, en los que las creencias personales de los psicólogos influyen en la forma en cómo se comprenden y se interviene con consultantes de diversidades sexo genéricas.

En relación con los otros repertorios identificados, este repertorio se posiciona de manera contradictoria frente al repertorio de la diversidad sexo genérica como minoría vulnerable e invisibilizada, debido a que mientras este último busca reconocer y validar experiencias históricamente discriminadas, el presente repertorio las invalida al considerarlas una moda pasajera o una expresión de confusión en especial en adolescentes. En comparación con el repertorio que plantea la diversidad como un espectro que se sale de lo tradicional, ambos reconocen las diversas identidades que van más allá del binarismo, pero mientras uno lo interpreta como un proceso de reconocimiento, el otro lo construye como descontrol y pérdida de legitimidad. Esta tensión muestra cómo un mismo fenómeno discursivo puede ser interpretado desde posiciones opuestas, con implicaciones directas en las intervenciones clínicas.

## 5.3 Repertorios discursivos sobre la relación entre TCA y género

### **La presión de la cultura como factor determinante en los TCA**

Este repertorio construye la cultura como un factor central en la emergencia de los TCA, al señalar que los ideales corporales impuestos por la sociedad son detonantes del malestar con la comida tanto en hombres como en mujeres. Ciertos participantes muestran un discurso donde la presión cultural aparece como un mandato que regula los cuerpos de manera diferenciada según el género, estableciendo expectativas respecto a cómo deben verse y comportarse.

Desde esta perspectiva, los participantes reconocen que a pesar de que la presión estética ejercida por la sociedad atraviesa a ambos géneros, las exigencias no son las mismas. En el caso de los hombres, los ideales corporales van asociados a una figura alta, fuerte y musculosa, esto se vincula al esfuerzo físico y al rendimiento que pueden derivar en prácticas extremas de ejercicio y control corporal. Por otro lado, en el caso de las mujeres, los discursos se centran en la delgadez como sinónimo de belleza, éxito y aceptación social, los cuales son reforzados por la cultura de la dieta, el estigma de peso y la violencia estética.

Esta diferenciación se evidencia en el fragmento obtenido de “P10JI”, quien señala que los estereotipos de género afectan de manera distinta a mujeres y hombres, al imponer estándares corporales diferentes que repercuten en el desarrollo de problemas alimenticios: “afecta a las mujeres al tratar de cumplir todos estos estándares de belleza, todos estos roles, el tema de la cultura de dieta, la violencia estética, el estigma de peso”, y en el caso de los hombres menciona que: “la figura corporal del hombre esperado entre comillas a nivel sociocultural es alta, musculosa, y eso hace caer a los hombres en vigorexia” (P10JI, comunicación personal, 04 de abril de 2025).

Asimismo, el repertorio enfatiza cómo el rechazo social hacia quienes no encajan en el ideal de belleza se encuentra atravesado por la ausencia de una perspectiva de género en la manera de interpretar sus experiencias. Mientras los hombres buscan moldear su cuerpo para mostrar esfuerzo y trabajo físico, en las mujeres el cuerpo es un marcador de aceptación o rechazo. En este sentido, "P11SA" señala que las mujeres tienden a ser deslegitimadas cuando expresan malestar corporal: "es una loca porque es mujer", "capaz está exagerando", mientras que en los hombres el trabajo sobre el cuerpo es socialmente visto como símbolo de esfuerzo y disciplina: "yo quiero tener más músculo y menos grasa porque así se ve que estoy trabajando" (P11SA, comunicación personal, 10 de abril de 2025). Estas narrativas muestran al cuerpo femenino como un marcador de aceptación o exclusión social, mientras que el cuerpo masculino es asociado con la productividad.

Este repertorio se vincula con los planteamientos de Thapliyal, Hay y Conti (2018), quienes señalan que la presión sociocultural se expresa de manera diferenciada según el género, generando en los hombres una mayor preocupación por la musculatura y el ejercicio extremo, y en el caso de las mujeres una internalización más intensa de ideales de delgadez. De igual manera, Pineda (2022) conceptualiza la violencia estética como un fenómeno social y estructural que impone exigencias corporales a las mujeres, lo cual provoca consecuencias psicológicas, físicas y sociales asociadas a la feminidad normativa y la delgadez. Por su parte, Wolf (1991), en "El mito de la belleza" sostiene que los ideales estéticos femeninos son una especie de idea platónica creada por la sociedad. La mujer vive en constante comparación por llegar al ideal físico que es divulgado masivamente, lo cual contribuye a la insatisfacción corporal al estar llena de exigencias. Por tanto, la desigual exposición a estereotipos de delgadez indica que la presión estética no es neutra, sino que tiene mayor impacto en las mujeres.

En conjunto, este repertorio describe la influencia de la cultura en el desarrollo de los TCA, además de cómo los mandatos sociales de género organizan y justifican prácticas corporales diferenciadas. Al hacer esto, se revela la necesidad de una lectura crítica que permita comprender los TCA más allá de lo individual, incorporando una perspectiva de género que cuestione los ideales de belleza y sus efectos en la salud mental.

## **Prototipos mentales de género en la comprensión de los TCA**

En este siguiente repertorio los participantes reconocen que existen diferencias entre el género femenino y masculino al momento en el que se manifiesta un TCA, sin profundizar en los sistemas de poder que subyacen a dichas diferencias, por ejemplo, "P2AN" afirma lo siguiente: "El prototipo mental de una chica o de una mujer como tal está evidenciada en ser delgada, el hecho de ir en retórica a tratar de buscar el modelo de Barbie y querer ser así, ser delgada, y tener un conflicto con el tema de la alimentación o de buscar alternativas externas que en este caso puede ser un vómito, o auto exigirse en el ejercicio. En los hombres se ve más del tema de un exceso o abuso de ir al gimnasio, de hacer un déficit calórico [...] yo tengo muchos pacientes con TCA y ellos lo que dicen es yo quiero tener cuadritos porque eso le impacta a una mujer" (P2AN, comunicación personal, 18 de marzo de 2025). Tal como indica Lamas (1996), el género parte de un sistema cultural donde se construyen estereotipos de lo "femenino" y lo "masculino", estableciendo cuerpos deseables que se convierten en guías de conducta. En este caso, la delgadez femenina y la musculatura masculina son productos de ese sistema cultural, y no tanto elecciones individuales.

Se vuelve a remarcar la diferencia de cómo se manifiestan los TCA según el género. Se nombra la vigorexia, vinculada con el mandato de tener un cuerpo musculoso y fuerte, mientras que en las mujeres se resalta la bulimia, anorexia y restricción alimentaria, asociadas con la búsqueda de la delgadez. Por ejemplo, "P8CA" explica esta diferencia: "En los hombres es mucho más común el tema de la vigorexia. En cambio, en las mujeres, el tema de la bulimia, la anorexia, restricción de ingesta reduciendo grupos enteros de alimentos [...] está muy influenciado por lo que vemos en nuestro exterior" (P8CA, comunicación personal, 27 de marzo de 2025).

Aquí el repertorio reconoce que los TCA se manifiestan de forma distinta en mujeres y hombres, asociando a las mujeres con ideales de delgadez y a los hombres con la búsqueda de musculatura. Sin embargo, el discurso no profundiza en los sistemas de poder y las estructuras de género que sostienen estas diferencias, se centra en las conductas y no en sus raíces sociales. Por tanto, este repertorio es contradictorio al anterior repertorio que si manifiesta las desigualdades y no solo las diferencias entre ambos géneros.

## **El género masculino invisibilizado y juzgado en los TCA**

Este repertorio expone cómo los TCA en hombres son sistemáticamente invisibilizados tanto en el ámbito clínico como social, esto debido a que existe una fuerte asociación cultural entre los TCA y el género femenino, además de que la sociedad vincula a los hombres que padecen TCA con debilidad, feminización o cuestionan su orientación sexual, lo que dificulta que los hombres reconozcan su malestar, busquen ayuda o sean tomados en serio. En los TCA, el estigma y la vergüenza ligadas a “no encajar” en la narrativa femenina agravan ese silencio masculino. Por ejemplo, “P1PA” explica que: “El hombre tiene una masculinidad muy silenciosa, tiene problemas muy silenciosos, entonces yo creo que uno de los retos gigantes que nosotros tenemos como profesionales de la salud mental es dejar de invisibilizar la problemática que está excluida sólo hacia mujeres, nosotros hablamos de TCA y yo hablo de TCA y de ley lo relacionas con alguna mujer” (P1PA, comunicación personal, 17 de marzo de 2025). Esto se relaciona con lo mencionado por Coopey & Johnson (2022), que los hombres con TCA se enfrentan a una invisibilidad tanto social como clínica, debido a las expectativas sociales respecto a lo que significa “ser hombre”, lo que dificulta que los síntomas sean reconocidos o valorados como un problema serio al percibir los TCA como una “enfermedad de mujeres”.

También Capuano et al., (2025) afirman que a menudo los niños no informan el problema debido a la percepción social de que los TCA afectan en su mayoría a las niñas, así como la idea errónea de que es una problemática exclusiva en las mujeres, lo que conlleva a que hombres con síntomas sean subdiagnosticados, no reconocidos o descartados. Por ejemplo, “P4AN” lo comenta desde su experiencia clínica: “Ya es suficientemente difícil hacerse la idea de que, si tu hijo se está provocado el vómito, haciendo ejercicio excesivo, tú tengas que hablarlo con un profesional o con otras personas. Segundo que es chico y entre comillas es un problema de chicas [...] se asocia con que si tiene un problema de mujeres tal vez sea gay, entonces ser gay está mal [...] No se llega a tener un número tan real de casos de TCA en hombres porque no van a ser atendidos” (P4AN, comunicación personal, 20 de marzo de 2025).

Este último fragmento evidencia que algunos participantes sí incorporan una

perspectiva de género cuando analizan las desigualdades que enfrentan los hombres en la detección y atención de los TCA, a partir del estigma que asocia este tipo de trastornos con lo femenino y la homosexualidad. En este sentido, el género se reconoce como un factor sociocultural que genera conflicto en el acceso al tratamiento para los hombres por los estigmas mencionados, lo cual perjudica en que busquen ayuda profesional. Sin embargo, este mismo discurso invisibiliza el sistema de poder que históricamente ha regulado los cuerpos de las mujeres, donde se ha naturalizado la presión estética, el control corporal y la violencia simbólica que recaen sobre ellas. De este modo, mientras el sufrimiento masculino es problematizado como injusticia social, el malestar femenino es implícitamente normalizado, lo cual revela una perspectiva de género que identifica desigualdades en los hombres, pero omite la violencia estructural sobre los cuerpos feminizados.

La falta de conocimiento en perspectiva de género afecta en el abordaje de los TCA, causando una detección y tratamiento desigual entre hombres y mujeres. Por un lado, las conductas de restricción alimentaria en mujeres son fácilmente reconocidas como problemáticas, por otro lado, las conductas de ejercicio en exceso en hombres son normalizadas y hasta se perciben como saludables, invisibilizando que también pueden ser manifestaciones de un TCA. Según Thapliyal, Hay & Conti (2018) se señala a los TCA como un problema femenino que ha invisibilizado la diversidad de experiencias según el género. Los hombres no suelen recibir un diagnóstico adecuado, debido a que los síntomas que presentan no siempre encajan en los criterios diagnósticos diseñados en base a mujeres cisgénero. Y el estigma social asociado a los TCA como una "enfermedad femenina" refuerza la idea de que los hombres no pueden padecerlos, lo que los lleva a minimizar sus síntomas o evitar la buscar ayuda.

Por ejemplo, "P5AL" reconoce que existen diferencias: "La deficiencia en conocimientos de género puede afectar el que en un TCA se trate en un hombre al igual que en una mujer, que definitivamente sí que hay unas diferencias [...] los hombres pasan mucho más desapercibidos, o sea es mucho más normalizado, un hombre que te diga "me encanta hacer ejercicio, hago ejercicio 3 horas diarias porque quiero verme musculoso" tú dices como ah chévere, lo ves como saludable. En cambio, si una mujer te dice, "oye no como durante un día o dos días o vomito" ahí si encuentras un problema [...] en el TCA, al ser menos notorio, es

menos tratado, es menos hablado, y el hecho de que sea menos hablado hace que el problema se complejice más aún” (P5AL, comunicación personal, 20 de marzo de 2025).

Asimismo, “P8CA” tiene el mismo punto de vista desde la atención que ha brindado tanto a hombres como a mujeres, reconociendo que la bulimia y anorexia no se atribuye solo a las mujeres, sino que el género masculino también los padece: “En trastornos de conducta alimentaria como bulimia y anorexia, prácticamente no se habla de población masculina [...] se ha visto muchos casos de bulimia, en específico, que se utiliza el ejercicio físico como medida compensatoria para reducir los niveles de ingesta [...] pero no se lo toma en cuenta, porque se considera al ejercicio físico únicamente masculino y la restricción de ingesta únicamente femenina, y no es así” (P8CA, comunicación personal, 27 de marzo de 2025).

Este repertorio cumple la función de visibilizar un sesgo de género en la percepción, diagnóstico y tratamiento de los TCA, señalando cómo los hombres son excluidos debido a estereotipos que asocian los TCA con el género femenino. El discurso pone en evidencia que las conductas de restricción alimentaria en mujeres se detectan con facilidad, pero las prácticas excesivas de ejercicio en hombres se normalizan como saludables, lo que dificulta la detección de estos trastornos.

La consecuencia de este discurso social y clínico ocasiona en los hombres una dificultad para reconocer y comunicar su malestar. Y también los profesionales ejecutan un inapropiado abordaje terapéutico por esta combinación de silencio y falta de perspectiva de género que retrasa la intervención y puede agravar el TCA en hombres, manteniendo la idea errónea de que se trata de un problema “de mujeres”.

### **La familia como detonante de los TCA en el género femenino**

Este tercer repertorio sitúa a la familia, y en específico a la madre o figuras femeninas cercanas, como agentes que promueven la ejecución de mandatos estéticos que generan inseguridad corporal y una preocupación excesiva por controlar los alimentos adecuados para un cuerpo que entra en el ideal de belleza según la familia, lo cual lleva al género femenino a desarrollar un TCA. El repertorio plantea que niñas y adolescentes absorben los discursos de su familia con relación al cuerpo y, aunque no exista una intención explícita de causar daño, estos mensajes refuerzan la idea de que el valor personal está ligado a la apariencia física. Esto dialoga con lo mencionado por van den Berg et al (2010) quienes en un estudio longitudinal encontraron que las preocupaciones y conductas maternas en relación al peso se asocian de manera significativa con altos niveles de insatisfacción corporal, los discursos de las madres respecto a su propio cuerpo no solo impactan en su autopercepción, sino que también son interiorizados por las hijas como mandatos sobre cómo deberían lucir, por ejemplo, “P1PA” planteó lo siguiente: “Yo fui una persona que desde que tengo uso de razón mi mami decía “estoy gorda, ya me voy a hacer la lipo” [...] es una creencia limitante, que era estar gorda está cuando somos niñas queremos ser mamá y si nuestra mamá lanza este tipo de discursos sobre su propio cuerpo rechazando su propia identidad corporal como mujer, que me espera a mí, voy a hacer exactamente lo mismo” (P1PA, comunicación personal, 17 de marzo de 2025).

La familia tiene una carga importante sobre la visión que se tiene respecto de la comida, más allá de ser solo una fuente de energía, lo que sugiere que la familia puede ser un factor de riesgo, por medio de discursos y prácticas que refuercen estereotipos, pero también pueden ser un factor protector si promueven hábitos alimentarios y mensajes que puedan generar una buena relación con la comida. Aquello se enlaza con lo demostrado por Rodgers, Paxton y Chabrol (2009) donde a través de un modelo sociocultural, lograron saber que los comentarios parentales sobre el peso y la apariencia tienen un impacto directo en la insatisfacción corporal y en la aparición de conductas alimentarias de riesgo, estos hallazgos confirman que al producirse de manera cotidiana o sin intención explícita de causar daño, refuerzan la internalización de ideales de delgadez, por ejemplo, “P6PA” comenta desde su experiencia profesional lo siguiente: “He visto que la familia tiene un papel super importante, en muchas ocasiones familias a ratos un poco muy estrictas o familias que también tienen una visión bastante estereotipada de la figura, de la belleza, del cuerpo, creo que todos esos comentarios pueden tener un impacto importante [...] la comida es un aspecto que también debería socializarse desde temprana edad siendo una fuente de satisfacción, tal vez más allá de una necesidad básica” (P6PA, comunicación personal, 25 de marzo de 2025).

El repertorio construye a la familia, en especial a las madres como un agente central de mandatos estéticos que afectan al género femenino, señalando que los comentarios y actitudes sobre el cuerpo, aun sin intención explícita de daño, pueden interiorizarse e incrementando el riesgo de padecer un TCA. Además, se visibiliza la influencia familiar como un factor tanto de riesgo como de protección, dependiendo del discurso que generan en el hogar respecto a la relación del cuerpo con la comida. Existe una explicación respecto a esto desde la psicología sistémica, donde se describe la idea de la “familia psicósomática”, la cual plantea que en ciertos casos la anorexia nerviosa aparece en contextos familiares con dinámicas rígidas, sobreinvolucramiento, y dificultad en la resolución de conflictos, donde los roles y patrones de comunicación familiar influyen en la aparición y mantenimiento de los síntomas (Haggerty, 1983).

## 5.4 Repertorios discursivos del tratamiento en TCA con perspectiva de género

### **La universalidad disfrazada de igualdad en el tratamiento en TCA**

El repertorio que se muestra a continuación sostiene la idea de que todos los seres humanos son iguales, y por tanto merecen el mismo trato dentro de la práctica clínica, también los criterios diagnósticos son iguales para todos. Se enfoca en que las técnicas y enfoque terapéuticos no deben variar en función del género, sino ajustarse a las necesidades individuales de cada paciente. Con relación a esto “P1PA” considera que: “Las estrategias terapéuticas creyera que son igual, al menos en pacientes con TCA intento que sea igual, tanto en el área de hombres como mujeres o personas con cualquier tipo de ideología porque trato de ser igual [...] yo no tengo diferencias en ningún tipo de género al menos en la atención” (P1PA, comunicación personal, 17 de marzo de 2025).

La universalidad de los criterios diagnósticos se aplica por igual a cualquier persona, independientemente de su género. Pero, reconoce que el terapeuta debe indagar si existen diferencias en la manifestación de los TCA según el género, por ejemplo, “P3RO” argumenta que: “Los criterios diagnósticos no se dividen, los criterios diagnósticos están ahí para todos, pero es el rol del terapeuta el indagar si es que hay alguna diferencia [...] puede ser distinto en el chico, en la chica, en la persona que está con disforia de género [...] No he tenido varones en consulta con TCA, pero si es que llegaría a tenerlo, lo primero que haría sería manejar la misma dinámica, las mismas técnicas y ver si es que no me da resultado acá, solamente ahí podría tener una base para decir con chicas va bien esto, con chicos no” (P3RO, comunicación personal, 20 de marzo de 2025).

El fragmento a continuación de “P7PI” muestra el tratamiento para TCA desde un enfoque conductual. El énfasis en que “no tiene nada que ver si eres hombre, mujer o transgénero” y que “la persona no es un género, es un elemento” encaja con el análisis funcional de la conducta, que identifica los antecedentes, la conducta

problemática y las consecuencias: “El tema del diagnóstico no pasa por el género, pasa por la descripción de la conducta, por la persona que tiene problemas de alimentación [...] No hay diferencias por el género [...] hay un discurso más allá del síntoma y una configuración mental [...] puede ser que la persona sea trans y no tenga nada que ver con su peso, o puede que sea el eje [...] la identidad y el género es un punto importante para muchas cosas, pero es uno de los múltiples puntos para que uno pueda decir esa casa está tambaleando, por ejemplo, criterio de realidad, ese si es un criterio importante” (P7PI, comunicación personal, 25 de marzo de 2025). El participante “P7PI” menciona el “criterio de realidad” como un criterio clínicamente importante, mientras que el género es mencionado como un “elemento” que no debe ser principal ni en el diagnóstico ni en el tratamiento, esto posiciona a la categoría clínica por encima de la categoría social, por lo que no se da prioridad a reconocer a la persona en su contexto social y puede interpretarse como una invisibilización de cómo el género atraviesa experiencias, síntomas y relaciones con el entorno.

Este repertorio mantiene un discurso de igualdad universal en el tratamiento de los TCA, donde a pesar de promover un trato equitativo, puede invisibilizar las desigualdades y experiencias específicas vinculadas al género. La consecuencia de esta postura es que al darle prioridad a la neutralidad clínica y tratar el género como un elemento secundario, se corre el riesgo de limitar la eficacia de la intervención para responder desde el inicio a necesidades específicas. En este sentido, Holmes (2018) encontró que varios profesionales de la salud mental reconocen la relevancia de los factores socioculturales, como la construcción de la femineidad, en los TCA, pero que en la práctica clínica estos se abordan de manera superficial, lo cual refuerza la idea de que tratar todos los géneros por igual puede implicar que las necesidades particulares que requiere enfoques sensibles al género y a la diversidad sexo genérica sean invisibilizadas.

### **La perspectiva de género como guía para adaptar el abordaje psicoterapéutico**

El siguiente repertorio muestra la perspectiva de género como una herramienta para ajustar la intervención clínica según cómo el género influye en la

vivencia de la persona, reconociendo que hombres, mujeres y personas con diversidad sexo genérica pueden necesitar una intervención que se adapte a las necesidades de cada uno, tomando en consideración las desigualdades que atraviesan por cuestión del género, como los estereotipos corporales y la cultura de la dieta. Por ejemplo, “P5AL” implementa un tratamiento saliéndose de lo tradicional: “Para mí lo más importante al incluir la perspectiva de género es ampliar el panorama y llevar el tratamiento a ser lo más particular posible [...] suele ser diferente entre hombres y mujeres, la variable de género es importante en el sentido de que probablemente muchas mujeres el TCA es más fácil escucharlo [...] Mucho de lo que me ha servido a mi es poder separar el que la persona pueda identificar que este pensamiento proviene de un discurso social y no de sí misma” (P5AL, comunicación personal, 20 de marzo de 2025).

Tener perspectiva de género sirve para enfocarse en las problemáticas por las que son atravesadas debido al género, por ejemplo, el sistema patriarcal, por ejemplo, “P10JI” reflexionó sobre la importancia de incorporar la perspectiva de género en la intervención terapéutica, señalando que: “Las intervenciones son las mismas pero el enfoque es diferente, y justamente es ahí el tema de enfoque de género. En las mujeres cuestionar la cultura de la dieta, como un producto del sistema patriarcal [...] y hasta qué punto este sistema patriarcal afecta también a los hombres [...] desde la individualidad no podemos cambiar esta perspectiva cultural y social, pero si generar un cuestionamiento en nuestros pacientes acerca de, por ejemplo, ¿por qué las pacientes que tienen anorexia quieren verse tan delgadas?, ¿para qué? ¿desde dónde? Porque el estigma de peso nos dice que la gordura se asocia con el fracaso, la pereza, y la delgadez se asocia con el éxito, la felicidad” (P10JI, comunicación personal, 04 de abril de 2025).

Este repertorio evidencia cómo la perspectiva de género funciona como una herramienta que permite personalizar la intervención psicoterapéutica en TCA, reconociendo que las experiencias de mujeres, hombres y personas con diversidad sexo-genérica están atravesadas por desigualdades, estereotipos corporales y mandatos sociales diferenciados. El discurso de los participantes muestra que la perspectiva de género ayuda a tener una mejor comprensión sobre la cultura de la

dieta o la masculinidad frágil, lo cual sirve para que los consultantes identifiquen qué pensamientos y exigencias provienen de discursos sociales y no de sí mismos.

La función de este discurso es visibilizar el género como un factor de relevancia en el tratamiento en TCA que permite ajustar el proceso terapéutico a contextos específicos. Esto favorece la toma de conciencia en los consultantes, genera un cuestionamiento crítico sobre las normas sociales que influyen en la autoimagen y la relación con la comida. A diferencia de enfoques “neutros” como se manifestaba en el repertorio de “La universalidad disfrazada de igualdad en el tratamiento en TCA” que buscan tratar a todos por igual, en cambio al tener perspectiva de género el profesional reconoce que las intervenciones deben ser diferenciadas en base al contexto y vivencia de la persona.

### **La ausencia de la perspectiva de género en la formación del rol profesional**

Este tercer repertorio contempla la perspectiva de género como un elemento que no ha formado parte del aprendizaje de los psicoterapeutas. Los participantes que se muestran en este repertorio reconocen que la falta de conocimiento sobre perspectiva de género perjudica en la visión de los tratamientos, en especial con aquellas personas que no entran en el binarismo. Un claro ejemplo de ello es el discurso de “P1PA” donde reflexiona este punto: “Yo creo que no solo en TCA, sino en cualquier diagnóstico es súper importante implementar el género y creo que si nos hace falta bastante a los profesionales de la salud amplificar estos temas un montón [...] es un tema que no se topa, máximo es sexo masculino o femenino punto, nadie topa nada más, nunca se da importancia a eso y creo que sí debería haber más amplificación en ese sentido” (P1PA, comunicación personal, 17 de marzo de 2025).

En este repertorio se resalta que existe una escasez en la enseñanza de cómo llevar un abordaje con personas de diversidad sexo genérica, por ejemplo, “P4AN” considera que: “Si hubiera que hacer alguna diferenciación en el momento en el que atienda a una persona de la comunidad, tendría que aprender que hacer, porque igual desde el abordaje que nos enseñan en cursos no te explican acerca de

¿y qué pasa si llega un consultante que es gay, o que es transgénero, que es transexual? creo que se abordaría desde estos estereotipos que existen desde la discriminación que viven por esta entrecomillas condición que les han puesto” (P4AN, comunicación personal, 20 de marzo de 2025).

Los supuestos iniciales del terapeuta sobre el género y la orientación sexual pueden generar un abordaje que invisibiliza otras identidades, como transgénero y no binario. Al no preguntar y asumir la identidad del consultante, muestra una falta de inclusión respecto a las diversidades sexo genéricas, que no solo afecta el plan terapéutico, sino que también puede limitar la apertura del consultante para abrirse y dar información personal relevante. Tal como lo expresa, por ejemplo, “P9BE”: “Cuando hablas con colegas no les tomamos mucho en cuenta a los trans o de género no binario [...] Una vez leí un estudio que decía que a veces no preguntamos la orientación o el género de las personas, sino que al momento de asumir ya lo trabajamos desde ahí [...] Y hay veces que los consultantes por eso tampoco te lo cuentan, si me ha pasado que no me cuentan al inicio, me cuenta ya en la tercera o cuarta sesión, y tú ya tenías el plan terapéutico y ahora te toca reestablecerlo” (P9BE, comunicación personal, 02 de abril de 2025).

En este último repertorio, se muestra una carencia en la formación profesional en perspectiva de género, que afecta en la atención psicológica, esto no solo limita la comprensión de las experiencias de las personas fuera del binarismo, sino que también crea supuestos normativos que invisibilizan la diversidad sexo genérica. La consecuencia de esto es la aparición de sesgos y estereotipos en la práctica clínica, lo que puede generar intervenciones inadecuadas. Además, la falta de un espacio inclusivo desde el inicio de la terapia disminuye la disposición de los consultantes a compartir información esencial para su tratamiento, lo que puede disminuir la eficacia de la intervención.

## 6. Resultados y discusión

---

Los psicólogos que participaron en esta investigación pusieron en relieve la forma en la que los profesionales de la salud mental conceptualizan los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) por medio de los repertorios discursivos mediados por el género. Sin embargo, el análisis reveló tensiones e incongruencias entre los distintos repertorios. Mientras algunos discursos reconocen que los TCA son directamente influenciados por los mandatos estéticos, las relaciones de poder y los estereotipos de género que atraviesan de distinta manera a hombres, mujeres y personas con diversidad sexo genérica, otros sostienen una visión de neutralidad clínica, que propone un abordaje psicoterapéutico igual para todos los consultantes sin considerar las desigualdades ni diferencias de género. Como advierte Riger (2016), esta mirada de una supuesta neutralidad científica, en realidad, encubre relaciones de poder.

Estos resultados se alinean con investigaciones realizadas en mujeres mexicanoamericanas con TCA, donde se señala que los factores de riesgo para el desarrollo de estos trastornos están directamente vinculados a la insatisfacción corporal, la internalización de ideales de delgadez y la presión estética que viene tanto del entorno familiar como la sociedad que establece expectativas de género (Kuba et al., 2012). En contraste, los estudios sobre hombres en contextos latinoamericanos, a pesar de ser escasos, han señalado prevalencias de conductas alimentarias desordenadas, como el uso excesivo de suplementos alimenticios, que oscilan entre el 0,4% y el 6,6% en adolescentes y adultos jóvenes, y una prevalencia de TCA entre el 1,9% y el 2,9%, en su mayoría clasificados como TCA no especificados, donde predomina el ejercicio excesivo y, en menor medida, conductas de restricción y purga. Esto evidencia que la preocupación por la musculatura y el sobreentrenamiento se manifiestan sobre todo en la población masculina, tales hallazgos dialogan con los discursos de los participantes de este estudio, quienes reconocen que estas conductas suelen normalizarse socialmente, lo cual, dificulta la detección temprana y el acceso al tratamiento (Compte & Trujillo, 2021).

Por otro lado, aparecen perspectivas críticas que buscan incorporar la perspectiva de género y la interseccionalidad como ejes para una mejor

comprensión terapéutica. A pesar de ello, se identificaron continuidades discursivas que reproducen comprensiones tradicionales del género, principalmente desde una lógica binaria, centrada en mujeres y hombres. Esto evidencia en los participantes un discurso que varía entre la apertura hacia una práctica más inclusiva y la persistencia de marcos interpretativos que limitan la visibilización de otras identidades y experiencias de género.

Si bien algunos profesionales reconocen que existen diferencias entre mujeres y hombres en la manifestación de los TCA y tienden a describir estas diferencias sin profundizar en los sistemas de poder ni en las desigualdades estructurales que las sostienen, otros repertorios sí analizan el género como una relación de desigualdad social, visibilizan la diversidad sexo genérica como una minoría históricamente invisibilizada y reconocen la perspectiva de género como una herramienta importante para la práctica clínica.

Esta coexistencia de repertorios revela tensiones internas en el discurso de los profesionales de la salud mental que fueron entrevistados, donde conviven miradas críticas que problematizan el género como estructura sociocultural junto a enfoques limitantes en el análisis donde solo consideran las diferencias individuales. En este sentido, la práctica psicoterapéutica puede establecerse entre el cuestionamiento de las relaciones de poder que atraviesan la salud mental y su reproducción no intencional, lo cual, evidencia los desafíos que implica integrar la perspectiva de género en el abordaje clínico de los TCA.

En este sentido, estudios en Chile, coinciden en señalar que avanzar hacia intervenciones verdaderamente integrales requiere no solo adaptar los modelos terapéuticos existentes para el tratamiento de los TCA, sino también cuestionar los marcos normativos que sostienen la violencia estética y la desigualdad de género, siendo estos unos factores que continúan incrementando el riesgo de padecer estos trastornos (Castañeda et al., 2023).

Otro aspecto relevante que se pudo analizar es la escasa referencia a la diversidad sexo genérica. Gran parte de los discursos que se analizaron, se limitaron a hablar de mujeres y hombres. Dejando de lado a las identidades de género no binario, transgénero o pertenecientes a la amplia variedad de identidades y expresiones de género. Esto coincide con lo señalado por Ballesteros (2022), quien demostró que en el Ecuador dentro de práctica clínica psicológica la diversidad suele ser abordada como una categoría poco diferenciada, lo cual, ocasiona que no se pueda comprender la complejidad de las experiencias de las personas con diversidad sexo genérica. Esta exclusión reproduce un binarismo de género dentro de la práctica clínica psicológica (Vinueza & Manuel, 2017), donde se asume a mujeres y hombres cisgénero como marco de referencia principal, dejando de fuera a identidades trans, no binarias y otras expresiones de género. Por tanto, las experiencias de las personas con diversidad sexo genérica tienden a ser invisibilizadas o son abordadas de forma generalizada, sin considerar las condiciones sociales que atraviesan.

Además, los resultados muestran que la presión sociocultural sobre el cuerpo aparece de manera reiterada en los discursos de los participantes, pero esta no se comprende ni se explica de forma homogénea. En el caso de las mujeres, aparecen distintos repertorios discursivos que atribuyen el origen de los TCA a diversos factores, como la influencia materna en la transmisión de mandatos corporales, la presión cultural vinculada a la cultura de la dieta, la construcción de un prototipo mental femenino asociado a la delgadez, y en ciertos casos, la conciencia sobre la violencia estética como fenómeno social.

En contraste, en los discursos referidos a los hombres predomina un repertorio que visibiliza la presión por un cuerpo musculoso y, al mismo tiempo, la invisibilización de los TCA en los hombres, asociado al estigma de que estos trastornos son netamente femeninos. Esta diferenciación muestra que los participantes no manejan una única explicación sobre la relación entre género y TCA, sino que sostienen diversos repertorios que asignan responsabilidades, causas y significados distintos en cuestión del género. Sin embargo, en estos repertorios cuando se reconoce la desigualdad de género, esta suele aparecer vinculada a la invisibilización de los TCA en los hombres y a las dificultades en su detección y atención, mientras que en el caso de las mujeres la mayor prevalencia

de estos trastornos tiende a explicarse desde factores individuales y familiares, sin problematizar las condiciones estructurales que hacen que las mujeres sean el grupo mayoritariamente afectado. De tal modo, las presiones de género sobre los cuerpos femeninos permanece, en su mayoría, sin ser cuestionado.

En este sentido, estudios realizados en Latinoamérica, muestran una prevalencia de TCA mayor en mujeres adolescentes y jóvenes, por ejemplo, en México, el riesgo de TCA en universitarias es del 44,1% frente al 9,6% en hombres (González et al., 2024). Y a pesar de que los participantes reconocieron diferencias en la presión estética, el análisis no alcanzó a colocar dichas presiones dentro de un marco patriarcal que las explica como dispositivos de control sobre los cuerpos.

Otro hallazgo importante fue los discursos de los participantes donde reconocieron a la familia, especialmente las madres, como agentes de discursos estéticos que influyen en la construcción de la imagen corporal de la persona que recibe aquellos discursos dentro del ambiente familiar, especialmente en el caso de las mujeres. Este repertorio tiende a colocar a las madres como responsables directas de la relación conflictiva de las hijas con la alimentación y el cuerpo, ya sea por medio de comentarios sobre el peso, conductas de control con la alimentación o modelos de autoexigencia corporal.

Sin embargo, este discurso individualiza el origen de los TCA y no considera los factores socioculturales que configuran aquellos mandatos. Según Ferreira et al., (2021) la influencia materna no opera de manera uniforme, sino que depende del vínculo, las prácticas en la comunicación y las propias actitudes corporales de la madre, que pueden funcionar como un factor de riesgo o de protección. Esto permite comprender que los discursos que responsabilizan a las madres reducen un fenómeno que se manifiesta en estructuras sociales más amplias.

Estos hallazgos sugieren que los profesionales de la salud mental requieren integrar una perspectiva de género más crítica para el tratamiento de los TCA. Debido a que en el campo de la psicología clínica no hay una reflexión crítica sobre el género, lo que puede llevar a intervenciones que, de manera no intencional, reproducen estereotipos y desigualdades, afectando la detección, el diagnóstico y el abordaje de los TCA. En este sentido, resulta necesario repensar la formación de psicólogos en el Ecuador desde una perspectiva que involucre el análisis crítico de género, la deconstrucción de los mandatos estéticos y la inclusión de la diversidad sexo genérica, ya que esto permitiría construir prácticas clínicas más inclusivas, con la capacidad de reconocer cómo el desarrollo de los TCA se relaciona con los sistemas de poder que incentivan a cumplir ciertos estándares de belleza y roles de género.

## 7. Conclusiones y recomendaciones

El presente estudio tuvo como objetivo identificar y analizar los repertorios discursivos sobre el género que emplean los profesionales de la salud mental en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), además de distinguir las consecuencias y contradicciones que tales discursos generan en la práctica clínica. Los discursos no se entienden solo como opiniones individuales o expresiones aisladas, sino como construcciones sociales que producen un sentido en la manera en que los profesionales de la salud mental comprenden los TCA y orientan las intervenciones terapéuticas.

A partir del análisis realizado, se logró cumplir con el objetivo general del estudio, al identificar y analizar los repertorios discursivos sobre el género presentes en los discursos de los profesionales de la salud mental que trabajan con personas con TCA. De igual manera, el análisis permitió distinguir las tensiones, contradicciones y efectos prácticos que estos repertorios discursivos generan en la comprensión clínica de los TCA, en específico, en la manera en que

se visibilizan o se invisibilizan las desigualdades de género, la diversidad sexo genérica y las condiciones socioculturales que atraviesan el malestar y el acceso al tratamiento.

En este sentido, los repertorios discursivos que se identificaron, no solo describen una realidad, sino que la producen. Desde el análisis del discurso, se puede reconocer que el discurso cumple la función de sustentar prácticas, delimita lo que se considera problemático, normal o esperable, y tiene consecuencias materiales en los consultantes. Por tanto, los discursos sobre género no son neutrales, sino que configuran formas específicas de intervención, visibilización o invisibilización de ciertas problemáticas vinculadas a los TCA.

A partir del análisis del discurso, se identificaron distintos repertorios discursivos en torno a los TCA. Por un lado, surgen discursos que reconocen diferencias entre mujeres y hombres en la manifestación de los TCA, asociándolas principalmente a presiones estéticas, familiares y culturales, pero estos repertorios tienden, en su mayoría, a abordar el género como una variable descriptiva, sin profundizar en su base estructural ni en las relaciones de poder y desigualdad que lo configuran. Por otro lado, se identificaron repertorios menos predominantes que si comprenden el género como estructura sociocultural que atraviesa la construcción de los TCA, las trayectorias de atención y el acceso al tratamiento. Esta coexistencia de discursos evidencia en este estudio que, aunque el género aparece como un elemento explicativo en la práctica profesional, su incorporación como eje estructural continua siendo parcial y desigual.

Esta manera de comprender el género desde la psicología clínica genera una tensión importante, a pesar de que los profesionales reconocen la influencia de la presión estética, las críticas familiares y la cultura de la delgadez en el desarrollo de los TCA, tales influencias suelen ser consideradas como secundarias, sin problematizar los sistemas socioculturales que las sostienen.

Asimismo, se identificó una contradicción central entre los repertorios que promueven un discurso de igualdad universal en el tratamiento de los TCA y aquellos que reconocen la necesidad de un abordaje con perspectiva de género. Mientras que el primer repertorio sostiene la neutralidad clínica como ideal, el segundo repertorio muestra que aquella neutralidad puede funcionar como un

mecanismo de invisibilización de las experiencias específicas de mujeres, hombres y personas con diversidad sexo genérica. Esta contradicción, revela cómo ciertos discursos, a pesar de que buscan evitar la discriminación, pueden reforzar desigualdades al no tomar en consideración las condiciones estructurales que afectan a la salud mental.

Otro hallazgo importante, es el papel que cumple la familia, en especial las figuras maternas, como transmisoras de mandatos estéticos. Los discursos analizados muestran cómo los comentarios y prácticas familiares en relación al cuerpo y la alimentación son internalizados desde edades tempranas, influyendo en la construcción del valor personal y en la relación con la comida. Sin embargo, este repertorio tiende a focalizar la responsabilidad en la familia, en especial, en las figuras maternas, generando que la atención vaya hacia el ámbito doméstico en lugar de las presiones socioculturales. De tal modo, el discurso expone un sustrato patriarcal en el que la mujer, en su rol de madre, aparece como principal responsable del malestar corporal y alimentario de sus hijas, mientras se invisibiliza los mandatos estéticos y de género que atraviesan tanto a las familias como a la sociedad.

Comprender los repertorios discursivos permite identificar por qué ciertas prácticas se naturalizan dentro de la psicología clínica y cómo algunas problemáticas permanecen invisibilizadas en el abordaje de los TCA. En los discursos analizados, la desigualdad de género tiende a leerse principalmente en términos de la desatención de los TCA en hombres, sin que se problematice que las mujeres conforman la mayoría de los casos ni las condiciones patriarcales que producen esta sobrerrepresentación. De tal modo, el análisis revela que la falta de lectura estructural del patriarcado limita la comprensión del malestar. Es por ello que el análisis del discurso se establece como una herramienta clave para cuestionarse la práctica clínica, abriendo la posibilidad de generar intervenciones más críticas, inclusivas y contextualizadas.

Finalmente, los resultados de este estudio muestran que los profesionales de la salud mental entrevistados, sostienen discursos atravesados por tensiones y contradicciones, en los que coexisten, por una parte, el reconocimiento de la influencia del género, la familia y los mandatos estéticos en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, y por otra parte, la persistencia de discursos clínicos que

tienden a minimizar factores estructurales de desigualdad en la intervención psicoterapéutica. Estas contradicciones del discurso, no deben interpretarse como fallas individuales, sino como evidencia de que el aprendizaje en la psicología se encuentra atravesado por límites formativos, marcos teóricos tradicionales y escasa enseñanza sobre la perspectiva de género. En este sentido, los hallazgos deben leerse considerando las limitaciones propias de un estudio cualitativo, con una muestra pequeña y establecida a un contexto específico, lo que no permite realizar generalizaciones, pero si aporta una comprensión profunda sobre los repertorios discursivos analizados.

A partir de ello, es pertinente recomendar la realización de futuras investigaciones que amplíen la diversidad de participantes, incorporen otros contextos clínicos y profundicen en el análisis de cómo estas tensiones discursivas repercuten en las prácticas terapéuticas y en la experiencia de las personas con un TCA.

---

## 8. Referencias

- Adelardi. (2022). Bullying, gordofobia y salud mental. *Revista Límbica*, 3 (4), 1-15. ISSN 2718-7241.
- Arandes, J. (2013). El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva: Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. *Provincia*, (29), 135-173. Universidad de los Andes.
- Ayuzo, N., & Covarrubias, J. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(2), 80-86.
- Ballesteros, V. (2021). *Representaciones sociales de profesionales en psicología clínica sobre lesbianismo y colectivo LGBT en la ciudad de Ambato* (Tesis de grado, Universidad Politécnica Salesiana). Universidad Politécnica Salesiana. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/22689>
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500007>
- Buquet Corleto, A. G. (2011). Transversalización de la perspectiva de género en la educación superior: Problemas conceptuales y prácticos. *Perfiles Educativos*, XXXIII(número especial). IISUE-UNAM.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad* (M. A. Muñoz, Trad.). Barcelona, España: Paidós Ibérica. (Obra original publicada en 1990/1999)
- Canvin, L; Twist, J & Solomons, W. (2023). "No quiero decir algo incorrecto": narrativas de profesionales de la salud mental sobre sentirse inadecuadamente capacitados al trabajar con adultos de género diverso. *Departamento de Psicología Clínica, Universidad de Hertfordshire, Hatfield, Reino Unido*. 10.1080/19419899.2022.2118070
- Carral, V., Jaramillo, M., & Valverde, K. (2020). La perspectiva de género en el estudio de la ciencia política mexicana (2010-2020). *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, LXV(240), 261-291. <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2020.240.76631>

- Castañeda, F; Riestra, F & Cerda, J. (2023). Barreras de acceso al tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Revisión de la literatura. *Revista médica de Chile*. 10.4067/s0034-98872023001201613
- Castelo, E. (2017). *La heteronormatividad y su intervención en las relaciones de género de los/as estudiantes y docente del Instituto Tecnológico Superior Sucre en el período académico mayo-octubre 2017* (Tesis de maestría inédita). Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Compte, E & Trujillo, E. (2021). Consideraciones interculturales en niños y hombres latinoamericanos. *Departamento de Investigación, Centro de Tratamiento Comenzar de Nuevo, Monterrey, Nuevo León, México*. 10.1007/978-3-030-67127-3\_16
- Coopey, E., & Johnson, G. (2022). “The male elephant in the room”: A qualitative evidence synthesis exploring male experiences of eating disorders. *Journal of Eating Disorders, 10, 131*. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00614-w>
- Crocco, A., & Galaz, C. (2023). Mujeres en la academia: Exploración de una organización generizada a partir de una revisión sistemática (Women in the academy: Description of a gendered organization from a systematic review). *Estudios Pedagógicos, XLIX(2)*, 439–454. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052023000200439>
- Delgado, D., & Tapia, J. (2024). Desigualdad de género y su impacto en la sociedad ecuatoriana: Reflexiones y desafíos (Gender inequality and its impact on Ecuadorian society: Reflections and challenges). *TSAFIQUI: Revista Científica en Ciencias Sociales, 23*. <https://doi.org/10.29019/tsafiqui.v14i2.1367>
- Devoe, D., Han, A., Anderson, A., Katzman, D., Patten, S., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *The International journal of eating disorders, 56(1)*, 5–25. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
- Ferreira, I; de Souza, A; Azevedo, L; Leonidas, C & Dos Santos, M. (2021). La influencia de las madres en el desarrollo de los trastornos alimentarios de sus hijas: una revisión integradora. *Revista de psiquiatría clínica*. 10.15761/0101-60830000000300

- Ferrer, V. (2019). A feminist look at social psychology. *International Journal of Social Psychology*. <https://doi.org/10.1080/02134748.2019.1589784>
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>
- Gilbert, G. N., & Mulkay, M. (1984). *Abriendo la caja de Pandora: Un análisis sociológico del discurso científico*. Cambridge University Press.
- González, Y; Saucedo, T & Unikel, C. (2024). Riesgo de trastornos alimentarios en universitarios mexicanos. *Acta Psychologica, volume 246*. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104281>.
- Guevara, G., Verdesoto, A., & Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *RECIMUNDO: Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 4(3), 163–173. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.163-173](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173)
- Haggerty, J. (1983). The psychosomatic family: An overview. *Psychosomatics*, 24(7), 615-618, 623. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(83\)73171-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(83)73171-3)
- Hartmann, H. (1976). Capitalismo, patriarcado y segregación laboral por sexo. *Signs: Revista de Mujeres en la Cultura y la Sociedad*, 1, 137-169. <https://doi.org/10.1086/493283>
- Holmes S. (2018). The role of sociocultural perspectives in eating disorder treatment: A study of health professionals. *Health (London, England : 1997)*, 22(6), 541–557. <https://doi.org/10.1177/1363459317715778>
- Hook, M. (2006). Partnering with patients: A concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 133–143. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03993.x>
- Jiménez Solórzano, A. (2018). *Familias de elección: Propuesta de un modelo de toma de decisión sobre parentalidad en homofamilias* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México. <https://tesiunamdocumentos.dgb.unam.mx/ptd2018/febrero/0770737/0770737.pdf>
- Kuba, S; Harris, W & O'Toole, S. (2012). Comprensión del papel de la opresión de género y étnica en el tratamiento de mujeres mexicoamericanas por trastornos alimentarios. *Escuela de Psicología Profesional de California*. 10.1080/02703149.2012.634715

- Lamas, M. (1996). *La perspectiva de género. La Tarea, Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE*, (8), 1–10. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE).
- Lamas, M. (2021). Sobre Michelle Zimbalist Rosaldo. Cuicuilco. *Revista de Ciencias Antropológicas*, 28(82), 11–18. Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Leonidas, C. (2020). Eating disorders and female sexuality: Current evidence. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 33(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s41155-020-00141-5>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Salud mental de los adolescentes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pasquinelli, L. (2024). *La estafa de la feminidad: Cómo la belleza nos educa para ser sumisas*. Editorial Planeta.
- Pineda, E. (2022). *Bellas para morir: Estereotipos de género y violencia estética contra la mujer*. Prometeo Editorial. <https://www.jstor.org/stable/jj.12865269.1>
- Potter, J. y Wetherell, M. (1987). *Discurso y psicología social: Más allá de las actitudes y el comportamiento*. Sage Publications, Inc.
- Quecedo, R., & Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, 14, 5–39. Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Riger, S. (2016). On becoming a feminist psychologist. *Psychology of Women Quarterly*, 40(4), 479–487. <https://doi.org/10.1177/0361684316676539>
- Rodgers, R., & Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 17(2), 137–151. <https://doi.org/10.1002/erv.907>
- Ronconi, M., Zemaitis, S., Barrera, M., & Alessi, D. (2024). La sexualidad: entre lo subjetivo, lo biológico y lo social: identidades de género, expresión de género, orientación sexual. *Libros de Cátedra*.

- Sánchez, T. (2020). Sexo y género: Una mirada interdisciplinar desde la psicología y la clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(138), 87–114. <https://doi.org/10.4321/S0211-573520200020006>
- Sanz Porras, J. (2006). Configuring bariatric bodies: Exploring obesity surgery beyond the hospital. *Thenia Digital*, 10, 103–120.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Ed.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265–302). PUEG. Recuperado de <https://www.smujerescoahuila.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/scott.pdf>
- Tinto, J. (2013). El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva: Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. *Universidad de los Andes. FACES*.
- Thapliyal, P., Hay, P., & Conti, J. (2018). Role of gender in the treatment experiences of people with an eating disorder: A metasynthesis. *Journal of Eating Disorders*, 6, 18. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0207-1>
- Unger, R. (2010). Lo que buscamos es lo que encontramos [What we look for is what we find] (S. García-Dauder & M. Á. Bullones Rodríguez, Trad.). *Quaderns de Psicologia*, 12(2), 21–33. <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/773>
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Wetherell, M., & Potter, J. (1996). El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos (J. L. González Díaz, Trad.). En A. Gordo & J. L. Linaza (Eds.), *Psicologías, discursos y poder*. Madrid: Visor.
- Wolf, N. (1991). El mito de la belleza. Editorial Paidós.

