

La moralización de la alimentación saludable desde una mirada psiconutricional

The moralization of healthy eating from a psychonutritional perspective

Ana Laura García-Meraz* , Kelly Campos-Mireles 

Maestría en Ciencia del Comportamiento con orientación en Alimentación y Nutrición, Universidad de Guadalajara

*Centro Universitario del Sur, Avenida E. Arreola Silva 883, 49000 Ciudad Guzmán, Jalisco, México, ana.garcia5481@alumnos.udg.mx

Perspectiva de estudiantes

Resumen

En los últimos años, la alimentación saludable ha adquirido una creciente relevancia dentro de los discursos de salud pública, la cultura *wellness* y las redes sociales. Aunque promover hábitos alimentarios saludables es un objetivo de la salud pública, este puede llegar a favorecer que las elecciones alimentarias trasciendan su dimensión nutricional para adquirir un significado moral, en el que determinados alimentos y prácticas alimentarias suelen ser percibidos como buenos o malos y utilizados como indicadores de disciplina, autocontrol y responsabilidad individual. Esta perspectiva analiza de manera crítica el proceso de moralización alimentaria desde sus antecedentes históricos hasta sus manifestaciones contemporáneas, abordando el papel del *healthism*, la medicalización de la alimentación y la influencia de los entornos digitales en la consolidación de discursos que pueden moralizar los alimentos. Asimismo, se discuten las diferencias conceptuales entre moralización alimentaria, culpa, estigma y normalización dietética, con el fin de delimitar este constructo y evitar su uso indistinto. Finalmente, se examina la evidencia que vincula la moralización alimentaria con procesos como la rigidez cognitiva, la culpa alimentaria, la vergüenza, la restricción alimentaria y la ortorexia nerviosa, los cuales podrían incrementar la vulnerabilidad al desarrollo y mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Desde una perspectiva psiconutricional, se plantea la necesidad de ampliar el abordaje clínico más allá de la adherencia nutricional entendida como cumplimiento, incorporando la evaluación de significados, emociones, contexto, flexibilidad, funcionalidad y sostenibilidad de las recomendaciones alimentarias. Se concluye que el problema no radica en promover una alimentación saludable, sino en atribuir valor moral a las elecciones alimentarias, convirtiendo la alimentación en un criterio implícito para evaluar el valor personal. Por ello, se propone favorecer estrategias de educación alimentaria y atención nutricional que promuevan una relación con la comida más flexible, contextualizada, sostenible y libre de juicios morales.

Palabras clave: comportamiento alimentario, comportamiento alimentario desordenado, trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, uso de las redes sociales en la salud pública, moralización alimentaria

Abstract

In the last few years, healthy eating has gained increasing relevance in public health discourse, wellness culture and social media. Although promoting healthy eating habits is a fundamental public health objective, it may also contribute to food choices extending beyond their nutritional purpose to acquire a moral meaning, whereby certain foods and eating practices are perceived as either good or bad and become indicators of discipline, self-control and personal responsibility. This perspective critically examines the process of food moralization, from its historical origins to its contemporary manifestations, highlighting the role of *healthism*, the medicalization of food and the influence of digital environments in reinforcing moralized food-related discourses. It also discusses the conceptual distinction between food moralization, guilt, stigma and dietary normalization to better define this construct and avoid its interchangeable use. Furthermore, the available evidence linking food moralization to cognitive rigidity, food-related guilt, shame, dietary restraint and orthorexia nervosa is reviewed, as these processes may increase vulnerability to the development and maintenance of eating disorders. From a psychonutritional perspective, this paper argues for



Copyright: © 2026 by the authors. This is an open-access perspective distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

expanding the clinical approach beyond nutritional adherence understood solely as compliance, by incorporating the assessment of meanings, emotions, context, flexibility, functionality and the long-term sustainability of dietary recommendations. It concludes that the central concern is not the promotion of healthy eating itself, but rather the attribution of moral value to food choices, thereby turning eating behaviors into an implicit measure of personal worth. Accordingly, this perspective advocates for nutrition education and clinical nutrition practices that foster a more flexible, context-sensitive, and sustainable relationship with food, free from moral judgment.

Keywords: eating behavior, disordered eating, feeding and eating disorders, social media use in public health, food moralization

Introducción

La alimentación saludable constituye uno de los componentes fundamentales de la prevención y tratamiento de enfermedades. Desde la nutrición y la salud pública, promover patrones alimentarios adecuados puede contribuir al bienestar físico, a la reducción de factores de riesgo y al manejo de diversas condiciones metabólicas. Sin embargo, en los últimos años, los discursos sobre alimentación saludable han trascendido de manera progresiva el ámbito biomédico para incorporarse también a narrativas sociales, culturales y digitales relacionadas con autocuidado, disciplina, control y responsabilidad individual en torno a la salud.

En este contexto, algunas formas de comunicar la alimentación saludable pueden favorecer que ciertas prácticas alimentarias sean interpretadas más allá de su dimensión nutricional. Es así como determinadas elecciones relacionadas con la alimentación pueden comenzar a percibirse bajo categorías como correctas o incorrectas, saludables o no saludables, limpias o sucias, responsables o descuidadas. Cuando estas categorías dejan de funcionar únicamente como descripciones nutricionales y adquieren un valor moral, la alimentación puede convertirse en un criterio implícito para evaluar aspectos de la persona como la disciplina, el autocontrol o incluso el valor personal de quien come. Este fenómeno ha sido descrito desde el concepto de moralización, entendido como el proceso mediante el cual preferencias o prácticas previamente neutrales adquieren significado moral (Kraaijeveld y Jamrozik, 2022; Rozin, 1999).

La moralización alimentaria no constituye un fenómeno aislado ni exclusivamente contemporáneo. Diversas aproximaciones socioculturales han demostrado que la alimentación se encuentra estrechamente vinculada con la identidad, la pertenencia, la distinción social y los sistemas normativos que regulan la vida cotidiana (Fischler, 1995). No obstante, en el contexto actual, esta moralización puede identificarse mediante discursos de salud, medicalización de la alimentación, la cultura *wellness* y las redes sociales, donde ciertas prácticas alimentarias son presentadas como expresiones aspiracionales de autocuidado, productividad, pureza, control y éxito personal (Crawford, 1980; Gracia-Arnaiz, 2007; Tiusanen, 2021).

Esta problemática resulta relevante para la práctica nutricional debido a sus posibles implicaciones en la relación con la comida. La evidencia reciente sugiere que los alimentos pueden asociarse con atributos morales tales como pureza e impureza, ya que estas asociaciones pueden relacionarse con culpa alimentaria, vergüenza, rigidez cognitiva, restricción y preocupación excesiva por comer de manera saludable (Donini et al., 2022; Lakritz et al., 2022; Nechita et al., 2021). Aunque no se puede confirmar que la moralización alimentaria cause por sí misma trastornos alimenticios, sí puede formar parte de un entorno sociocultural y cognitivo que favorece relaciones más rígidas o conflictivas con los alimentos.

Asimismo, este análisis adquiere importancia dentro de la consulta nutricional, especialmente cuando el éxito terapéutico se interpreta de manera exclusiva como adherencia o cumplimiento de recomendaciones. Si bien la adherencia continúa siendo un indicador clínico relevante, comprenderla únicamente como cumplimiento conductual puede invisibilizar factores emocionales, relacionales, contextuales y subjetivos que influyen en la conducta alimentaria (Endeveldt y Gesser-Edelsburg, 2014; World Health Organization [WHO], 2003). Se propone una mirada desde una perspectiva psiconutricional, ya que se identifica que resulta necesario ampliar la visión hacia los significados que la persona atribuye a sus elecciones alimentarias, las emociones que emergen ante la desviación de sus reglas, el grado de flexibilidad que conserva y el impacto funcional de dichas prácticas en su vida cotidiana.

Por tanto, el objetivo de esta perspectiva es analizar críticamente el proceso de moralización alimentaria desde sus antecedentes históricos hasta sus manifestaciones contemporáneas en la cultura *wellness*, las redes sociales y la práctica nutricional. Asimismo, se busca delimitar conceptualmente la moralización alimentaria frente a constructos relacionados como culpa, estigma y normalización dietética; examinar su relación con rigidez, vergüenza, restricción y ortorexia nerviosa; y proponer orientaciones clínicas desde la psiconutrición que permitan identificar y abordar discursos moralizantes sin desestimar la importancia de promover hábitos alimentarios saludables.

¿Qué es la moralización alimentaria?

La moralización alimentaria puede entenderse como el proceso mediante el cual los alimentos, las elecciones alimentarias o las prácticas relacionadas con el comer adquieren significado moral. Desde esta perspectiva, la alimentación deja de ser observada únicamente desde términos nutricionales, sensoriales, culturales o contextuales, y comienza a evaluarse mediante categorías asociadas con virtud, responsabilidad, autocontrol, disciplina o valor personal. A través de este proceso se pueden establecer normas sobre lo que es aceptable o no consumir, se suele distinguir entre alimentos considerados buenos y malos y se llegan a asignar juicios morales a las decisiones alimentarias, así como consecuencias simbólicas o sociales derivadas de aquello que se considera un comportamiento alimentario moral o inmoral (Askegaard et al., 2014; Jackson et al., 2023). Esta definición parte del concepto general de moralización propuesto por Rozin (1999), quien la describe como el proceso mediante el cual las preferencias se transforman en valores, tanto a nivel individual como cultural. De manera complementaria, Kraaijeveld y Jamrozik (2022) señalan que la moralización ocurre cuando situaciones previamente neutrales adquieren relevancia moral, fenómeno que es especialmente frecuente en temas relacionados con salud y enfermedad.

La moralización alimentaria se suele asociar con procesos de internalización, por lo que las elecciones alimentarias que han adquirido un significado moral suelen requerir un menor esfuerzo para mantenerse y presentan una mayor resistencia a la tentación en comparación con aquellas que carecen de dicho significado. En este sentido, las decisiones alimentarias dejan de responder únicamente a las preferencias alimentarias o consideraciones del valor nutricional del alimento y pasan a formar parte del sistema de valores de un individuo (Cheshire et al., 2020; Jackson et al., 2023). En el ámbito alimentario, este proceso implica que ciertos alimentos o formas de comer puedan ser interpretados como moralmente superiores o inferiores. Así, las elecciones alimentarias dejan de expresar únicamente gustos, disponibilidad, necesidades fisiológicas o recomendaciones sanitarias, y pueden comenzar a funcionar como indicadores simbólicos de compromiso, disciplina o responsabilidad. En consecuencia, el acto de comer puede adquirir una carga valorativa que no solo recae sobre el alimento, sino también sobre la persona que lo consume. Esto permite comprender por qué expresiones como comida limpia, pecar, comer bien o comer mal no solo describen alimentos o conductas, sino que pueden transmitir juicios implícitos sobre quien realiza la acción de comer.

Es importante distinguir la moralización de la categorización de los alimentos. Si bien la moralización requiere que los alimentos sean previamente clasificados o diferenciados, no toda categorización implica necesariamente una valoración moral. Por ejemplo, clasificar un alimento como un *snack* únicamente describe el momento o el contexto en el que suele consumirse, sin atribuirle un valor positivo o negativo. En contraste, calificar un alimento como saludable o poco saludable puede trascender una clasificación nutricional cuando estas categorías adquieren un significado moral, otorgando mayor valor a unas elecciones alimentarias y descalificando otras (Jackson et al., 2023; Pettigrew et al., 2017; Steenhuis, 2009).

La evidencia empírica reciente respalda que los alimentos pueden asociarse con atributos morales. Lakritz et al. (2022), mediante tareas de asociación implícita, observaron que ciertos atributos alimentarios, como el grado de procesamiento o el contenido energético, pueden activar categorías morales de pureza e impureza. En sus estudios, los alimentos naturales y de menor contenido energético tendieron a asociarse con pureza moral, mientras que los alimentos procesados o de mayor contenido energético se asociaron con impureza. Estos hallazgos son relevantes porque sugieren que la moralización alimentaria no depende únicamente de declaraciones explícitas o deseabilidad social, sino que también puede operar a nivel implícito en la forma en que las personas perciben y evalúan los alimentos.

No obstante, la moralización alimentaria no debe confundirse con culpa alimentaria, estigma o normalización dietética. La culpa alimentaria es una emoción moral que puede aparecer cuando la persona percibe que ha transgredido una norma alimentaria personal o social; por tanto, puede ser una consecuencia de la moralización, pero no constituye la moralización en sí misma. Por ejemplo, sentir culpa después de consumir un alimento considerado prohibido puede reflejar que dicho alimento ya ha sido cargado de significado moral. Un estudio sobre culpa alimentaria mostró que esta emoción puede aparecer en situaciones específicas de consumo y no necesariamente se limita a poblaciones clínicas, lo que

refuerza la necesidad de analizar los significados sociales y personales asociados al comer (Steenhuis, 2009).

Por su parte, el estigma hace referencia a los procesos de prejuicio, estereotipación y discriminación dirigidos hacia determinadas personas o grupos, como aquellos relacionados con el peso corporal, la inseguridad alimentaria o los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), pudiendo favorecer experiencias de aislamiento, estrés y exclusión social. Por otro lado, la normalización dietética aparece cuando las recomendaciones alimentarias dejan de entenderse como guías flexibles y se convierten en criterios para juzgar el valor moral de las personas. Si bien estos tres fenómenos pueden interactuar con la moralización alimentaria, ninguno de ellos constituye la moralización en sí misma, y pueden entenderse como antecedentes, mecanismos o consecuencias derivadas de este proceso (Earnshaw y Karpyn, 2021; Gracia-Arnaiz, 2007).

En síntesis, la moralización alimentaria no se refiere simplemente a promover una alimentación saludable ni a clasificar alimentos con fines educativos o clínicos. El problema surge cuando los alimentos y las prácticas alimentarias adquieren un valor moral que permite juzgar la disciplina, responsabilidad o valor personal de quien come. Esta delimitación es relevante para la práctica nutricional y psiconutricional, ya que permite diferenciar entre educación alimentaria basada en evidencia y discursos que, aun bajo la intención de promover salud, pueden reforzar culpa, vergüenza, rigidez y relaciones conflictivas con la comida.

Origen y evolución de la moralización alimentaria

La moralización alimentaria no constituye un fenómeno contemporáneo ni puede atribuirse únicamente al surgimiento de las redes sociales. Por el contrario, puede comprenderse como parte de una evolución histórica más amplia en la que la alimentación ha funcionado como una práctica socialmente regulada. Desde perspectivas socioculturales, el acto de comer no responde únicamente a necesidades biológicas, sino que participa en la construcción de identidad, pertenencia, distinción social y organización cultural. Fischler (1995) plantea que la comida ocupa un lugar central en la identidad individual y colectiva, ya que la forma en que un grupo come permite afirmar su diversidad, jerarquía y organización, al mismo tiempo que delimita diferencias frente a quienes comen de otra manera.

Históricamente, el acto de comer ha estado vinculado con valores religiosos, normas culturales y sociales que han atribuido significados morales tanto a los alimentos como a las prácticas alimentarias. En distintos contextos, el ayuno, la moderación, las normas de pureza, las restricciones alimentarias o la abstinencia han funcionado como expresiones de disciplina, virtud, pertenencia o autocontrol. En este sentido, la alimentación ha sido un espacio privilegiado para regular no solo el cuerpo, sino también la conducta social y moral de las personas. Esta dimensión simbólica permite comprender que los juicios morales asociados con el comer no son nuevos, aunque sus formas de expresión se han transformado a lo largo del tiempo (Gracia-Arnaiz, 2007; Lakritz et al., 2022).

Con el desarrollo de los discursos biomédicos y de salud pública, la fundamentación de la moralización alimentaria experimentó una transformación relevante. Aquello que antes podía estar organizado principalmente por normas religiosas o culturales, comenzó a expresarse cada vez más

mediante criterios nutricionales, sanitarios y preventivos. Gracia-Arnaiz (2007) describe este proceso como parte de la medicalización del comportamiento alimentario, mediante el cual una parte importante de los motivos pragmáticos que orientaban la selección y el consumo de alimentos fue sustituida por razones de orden nutricional y médico. Como consecuencia, la alimentación saludable dejó de representar únicamente una recomendación sanitaria para adquirir también una dimensión ética y normativa, en la que las prácticas alimentarias comenzaron a ser objeto de juicios morales. Esta transformación histórica ha dado lugar a nuevas formas de expresar la moralización alimentaria, las cuales se manifiestan actualmente en distintos discursos, prácticas y entornos sociales (Gracia-Arnaiz, 2007; Steenhuis, 2009).

Este desplazamiento se relaciona con el concepto de *healthism* propuesto por Crawford (1980), entendido como una forma de concebir la salud como responsabilidad moral del individuo. Bajo esta lógica, las prácticas vinculadas con el cuidado de la salud pueden interpretarse como evidencia de disciplina, autocontrol y responsabilidad personal, mientras que las dificultades para sostenerlas pueden ser leídas socialmente como falta de voluntad, descuido o irresponsabilidad. En el caso de la alimentación, esto implica que las elecciones alimentarias pueden dejar de evaluarse únicamente por su pertinencia nutricional o contextual y comenzar a funcionar como indicadores implícitos del valor moral de quien las realiza.

De manera complementaria, el desarrollo del nutricionismo ha contribuido a transformar la manera en que los alimentos son comprendidos y valorados. Scrinis (2015) describe el nutricionismo como un enfoque reduccionista que tiende a interpretar los alimentos principalmente a partir de su composición nutricional, desplazando otras dimensiones culturales, sensoriales, relacionales y contextuales del comer. Si bien este enfoque ha sido relevante para el avance de la ciencia nutricional y la orientación dietética, también puede favorecer clasificaciones simplificadas de los alimentos en términos de saludables o no saludables, deseables o indeseables, adecuados o inadecuados. Cuando estas categorías trascienden su función descriptiva y adquieren una carga ética o personal, pueden contribuir a procesos de moralización alimentaria.

En esta línea, Askegaard et al. (2014) señalan que los discursos contemporáneos sobre alimentación y salud están atravesados por diversas moralidades, entre ellas la moralidad de los alimentos, la moralidad del autocontrol y la moderación, la moralidad del tamaño corporal y la moralidad de los agentes del mercado. Esta propuesta resulta relevante porque permite comprender que la moralización alimentaria no se limita a clasificar alimentos como buenos o malos, sino que también involucra juicios sobre el comportamiento, el cuerpo y la responsabilidad individual. Así, el autocontrol puede ser idealizado como una virtud, mientras que el placer, la flexibilidad o la dificultad para sostener determinadas recomendaciones pueden interpretarse desde una lógica de falla personal.

En la actualidad, estas transformaciones históricas se conjuntan con la cultura *wellness* y los entornos digitales, donde la alimentación saludable puede representarse como parte de un ideal aspiracional asociado con autocontrol, auto optimización, responsabilidad individual y construcción de identidad. En este sentido, Tiusanen (2021) señala que, dentro

de la cultura *wellness*, la comida y el acto de comer participan en la construcción de un sujeto saludable ideal, vinculado con discursos de individualidad, autocontrol y *healthism*. A su vez, las redes sociales pueden intensificar estos procesos al favorecer la exposición repetida a contenidos sobre alimentación, cuerpo y bienestar, así como la internalización de estándares corporales y alimentarios socialmente validados (Zaharia y Gonça, 2024). En formatos digitales como los videos *What I Eat in a Day*, las prácticas alimentarias cotidianas se vuelven visibles, narradas y evaluables dentro de discursos contemporáneos de salud y bienestar; además, generalmente son compartidas por *influencers* con poco o nulo conocimiento de nutrición y salud, lo cual también tiene un impacto importante sobre la calidad de la recomendación alimentaria (Topham y Smith, 2023; Zeng et al. 2025).

Por ello, la moralización alimentaria contemporánea puede entenderse como el resultado de una convergencia entre normas socioculturales históricas, medicalización de la alimentación, discursos de responsabilidad individual sobre la salud y dinámicas actuales de exposición y validación social. Esta perspectiva permite reconocer que la crítica no se dirige a la promoción de hábitos saludables en sí misma, sino al momento en que dichos hábitos son formulados en términos normativos o morales, convirtiéndose en criterios para juzgar la disciplina, responsabilidad o valor personal de quienes los practican (Ward, 2023).

El papel de las redes sociales en la construcción de la moralización alimentaria

Las redes sociales han transformado la manera en que las personas acceden, interpretan y comparten información sobre alimentación y salud. A diferencia de otros medios, las plataformas digitales no solo difunden recomendaciones nutricionales o estilos de vida, sino que también permiten que las prácticas alimentarias sean observadas, comparadas y evaluadas públicamente. En este contexto, la alimentación saludable puede adquirir una dimensión performativa, en la que se presenta como una expresión visible de autocuidado, disciplina, productividad y control corporal y no sólo desde el lenguaje, llevándolo también a la práctica por parte de los espectadores. Así, las redes sociales no crean por sí mismas la moralización alimentaria, pero pueden amplificarla al convertir las elecciones alimentarias en contenido público, aspiracional y socialmente validado (Lakritz et al., 2022; Vuong et al., 2021; Zaharia y Gonça, 2024).

Dentro de este escenario, la cultura *wellness* ocupa un papel central. Este concepto suele hacer referencia a un conjunto de discursos, prácticas y estilos de vida orientados a la búsqueda del bienestar físico, mental y emocional. En el contexto de las redes sociales ha evolucionado hacia una tendencia digital que puede estar caracterizada por contenidos relacionados con alimentación limpia, ejercicio, autocuidado, productividad y perfeccionamiento corporal. Tiusanen (2021) señala que, en los discursos digitales de bienestar, la comida y el acto de comer participan en la construcción de un sujeto saludable ideal, asociado con autocontrol, responsabilidad individual y auto optimización. De esta forma, plataformas como Instagram®, TikTok® y YouTube® han favorecido la difusión de representaciones altamente estilizadas de la salud, donde determinados cuerpos, rutinas y patrones alimentarios suelen ser presentados como modelos de éxito personal. Desde esta perspectiva, los contenidos sobre alimentación

no solo comunican información nutricional, sino que también modelan formas deseables de ser, cuidarse y habitar el cuerpo. En consecuencia, determinadas prácticas alimentarias pueden ser interpretadas como signos de compromiso personal, mientras que otras pueden ser percibidas como falta de control o descuido (Eryilmaz et al., 2024; Tiusanen, 2021; Topham y Smith, 2023).

Algunos formatos digitales ilustran con claridad este proceso. El contenido *fitspiration*, originalmente orientado a motivar hábitos de ejercicio y alimentación saludable, ha mostrado similitudes con el contenido *thinspiration*, particularmente en la promoción de cuerpos extremadamente delgados como ideales, vigilancia corporal y restricción alimentaria. En un análisis de contenido en Instagram®, Tumblr® y Twitter®, Alberga et al. (2018) encontraron que las publicaciones de *fitspiration* y *thinspiration* compartían elementos problemáticos, incluyendo énfasis en apariencia, sexualización y alimentación restrictiva. De manera consistente, una revisión sistemática concluyó que la exposición a contenido *fitspiration* se asocia con mayor insatisfacción corporal, comparación física y afecto negativo, especialmente en poblaciones jóvenes (Curtis et al. 2023; Jerónimo et al., 2022).

Otro formato relevante son los videos tipo *What I Eat in a Day*, en los que las personas muestran de manera detallada lo que consumen durante un día. Aunque este contenido suele presentarse como cotidiano, inspiracional o educativo, también puede transformar la alimentación en una práctica evaluable por la audiencia. Topham y Smith (2023) analizaron 84 videos de este tipo en YouTube® y señalaron que la desinformación puede circular mediante discursos aparentemente personales, sensoriales o basados en experiencia, lo que dificulta identificarla como problemática. En este sentido, la exposición repetida a rutinas alimentarias idealizadas puede contribuir a establecer estándares implícitos sobre cuánto, cómo y qué debería comerse para ser percibido como saludable.

La evidencia disponible también sugiere que ciertos entornos digitales pueden reforzar una visión normativizada del cuerpo y la alimentación. En TikTok®, Minadeo y Pope (2022) encontraron que el contenido popular relacionado con alimentación, nutrición y peso era predominantemente peso-normativo, con menos del 3% de publicaciones codificadas como inclusivas respecto al peso. Las autoras advierten que este tipo de contenido puede contribuir a la insatisfacción corporal y a conductas alimentarias de riesgo, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes, quienes constituyen una parte importante de la audiencia de la plataforma.

Estos hallazgos son consistentes con investigaciones recientes sobre presión social mediática, imagen corporal y conducta alimentaria (Jiménez et al. 2025). Zaharia y Gonça (2024), en una muestra de 614 estudiantes universitarios, encontraron asociaciones entre presión de redes sociales, internalización de estándares corporales delgados, percepción corporal negativa y conductas alimentarias restrictivas y emocionales. Aunque estos datos no demuestran causalidad directa, sí respaldan que los entornos digitales pueden participar en la construcción de estándares corporales y alimentarios que influyen en la manera en que las personas valoran su cuerpo y regulan su alimentación.

Por tanto, el problema no radica en que las redes sociales difundan información sobre alimentación saludable, sino en que ciertos discursos presentan la salud como un ideal individual de autocontrol, delgadez, productividad y disciplina.

Cuando estos mensajes se repiten bajo formatos visualmente atractivos y reciben validación mediante *likes*, comentarios o visualizaciones, pueden reforzar la idea de que ciertas formas de comer son superiores, más responsables o más valiosas que otras. Por ello, las plataformas digitales suelen comportarse como espacios donde la alimentación saludable puede dejar de ser únicamente una práctica de cuidado para convertirse en una forma de identidad, comparación y juicio social.

En conjunto, la evidencia sugiere que las redes sociales funcionan como un escenario de amplificación de la moralización alimentaria. A través de la cultura *wellness*, el contenido *fitspiration*, los videos tipo *What I Eat in a Day* y los mensajes peso-normativos, las plataformas digitales pueden reforzar interpretaciones que vinculan alimentación, cuerpo y valor personal (Krug et al. 2020). Esta dinámica resulta relevante para la práctica clínica, ya que muchas personas llegan a consulta con creencias alimentarias previamente moldeadas por estos discursos, incluyendo ideas rígidas sobre alimentos permitidos o prohibidos, miedo a comer incorrectamente, culpa alimentaria y expectativas poco sostenibles sobre el autocuidado.

Moralización alimentaria y psicopatología

La moralización alimentaria puede tener implicaciones psicológicas relevantes cuando las elecciones alimentarias dejan de evaluarse únicamente desde criterios nutricionales o contextuales y comienzan a interpretarse como indicadores de control, disciplina o valor personal. En este escenario, comer determinados alimentos o desviarse de una regla alimentaria puede experimentarse como una transgresión moral, favoreciendo respuestas emocionales como culpa, vergüenza o necesidad de compensación. Si bien la evidencia disponible no permite afirmar que la moralización alimentaria cause por sí misma algún TCA, sí sugiere que puede formar parte de un contexto social y cognitivo asociado con patrones de rigidez, restricción y malestar psicológico en torno a la alimentación (Lakritz et al., 2022; Schei et al., 2019).

La culpa alimentaria puede entenderse como una emoción que aparece cuando la persona percibe que infringe una norma alimentaria personal o social. En contextos moralizados, el consumo de ciertos alimentos se interpreta como una falla en el autocontrol o en el compromiso con la salud. Schei et al. (2019) exploraron la dimensión moral del comer y señalaron que expresiones cotidianas como describir un pastel de chocolate como “pecaminoso” o un jugo verde como “purificador” reflejan la conexión simbólica entre consumo alimentario y moralidad. Sus estudios sugieren que recordar episodios de consumo indulgente puede activar respuestas de compensación, lo que resulta relevante para comprender por qué algunas personas intentan reparar o compensar lo que comieron mediante restricción, ejercicio excesivo u otras conductas de control.

La vergüenza alimentaria, aunque está relacionada con la culpa, implica una evaluación negativa de la persona, mientras que la culpa suele centrarse en una conducta específica. Así, la culpa se puede evidenciar con verbalizaciones similares a “comí algo que no debía”; en cambio, la vergüenza puede traducirse en conclusiones sobre la propia identidad, expresadas como: “soy débil”, “no tengo control” o “fallé como persona”. Esta distinción es relevante porque los discursos moralizantes no sólo clasifican alimentos, sino que pueden trasladar el juicio hacia la persona que los consume. En población con conductas alimentarias alteradas, la culpa y la vergüenza se

han estudiado como emociones autoevaluativas negativas asociadas con patrones desadaptativos de alimentación, incluyendo restricción, preocupación excesiva por la comida y malestar psicológico (Nechita et al., 2021; Thorne et al., 2023; Uddenberg et al., 2025).

La moralización alimentaria también puede favorecer formas de rigidez cognitiva y conductual. Cuando ciertos alimentos son interpretados como buenos, malos, puros, impuros, permitidos o prohibidos, las decisiones alimentarias pueden organizarse en torno a reglas absolutas más que a criterios flexibles como hambre, saciedad, disponibilidad, contexto social, preferencias o necesidades de salud. Lakritz et al. (2022) aportan evidencia empírica relevante al mostrar, mediante tareas de asociación implícita, que los alimentos naturales y de menor contenido energético se asociaron con pureza moral, mientras que los alimentos procesados o de mayor contenido energético se asociaron con impureza moral. Estos hallazgos sugieren que la moralización puede operar incluso a nivel implícito, influyendo en la manera en que los alimentos son percibidos y evaluados más allá del razonamiento nutricional explícito.

Esta rigidez adquiere especial relevancia al analizar su relación con la ortorexia nerviosa. La ortorexia nerviosa se ha descrito como una preocupación excesiva y obsesiva por consumir alimentos considerados saludables, puros o adecuados, acompañada de reglas estrictas, restricción y posible deterioro psicológico, social o físico. Aunque su clasificación diagnóstica continúa en debate y no existe consenso definitivo sobre si debe considerarse un trastorno independiente, un subtipo de trastorno de la conducta alimentaria o un fenómeno relacionado con el espectro obsesivo-compulsivo, la literatura coincide en que la ortorexia implica una relación rígida y disfuncional con la alimentación saludable (Aiello et al., 2026; Donini et al., 2022; Horovitz et al., 2023). La relación entre moralización alimentaria y ortorexia debe plantearse con precisión, de manera que entendamos que no toda moralización alimentaria implica ortorexia, y no toda búsqueda de alimentación saludable es patológica. Sin embargo, la ortorexia puede representar una manifestación clínica relevante de una relación moralizada con la comida cuando el valor atribuido a la pureza, corrección o calidad de los alimentos se vuelve central para la identidad personal y genera malestar o altera la funcionalidad de la alimentación (Atchison y Zickgraf, 2022).

La evidencia cualitativa también respalda esta conexión. Cheshire et al. (2020) señalaron que la ortorexia nerviosa se caracteriza por la rigidez y el control alrededor de la elección, preparación y rutina alimentaria, así como la presencia de juicios morales sobre la comida. Estos elementos son particularmente relevantes para el presente análisis porque muestran que la ortorexia nerviosa es una patología que no se da por motivos individuales únicamente, más bien, resulta ser un síntoma de un contexto sociocultural que favorece la idealización de la pureza alimentaria y la vigilancia corporal excesiva, en la que las elecciones alimentarias, la información contradictoria sobre la dieta correcta y la preocupación excesiva por la apariencia se combinan con susceptibilidades personales cargadas de valores morales, que se pueden transformar en una situación verdaderamente patológica.

En este sentido, la moralización alimentaria puede comprenderse como un proceso que contribuye a la construcción de reglas alimentarias rígidas, especialmente

cuando se combina con ideales corporales, discursos de pureza alimentaria, temor a enfermar, necesidad de control o exposición constante a mensajes normativos sobre alimentación saludable (Tragantzopoulou et al., 2026). En el ámbito de la práctica clínica, esto exige diferenciar entre una alimentación saludable flexible y una alimentación saludable moralizada. La primera puede adaptarse al contexto, preferencias, necesidades fisiológicas y objetivos de salud; la segunda tiende a organizarse en torno a reglas rígidas, miedo a quebrantar las propias reglas morales, culpa, vergüenza o deterioro de la vida social y emocional.

Por tanto, el interés clínico de profundizar en el fenómeno de la moralización alimentaria no radica en patologizar el deseo de comer saludablemente, sino en identificar cuándo la búsqueda de salud comienza a funcionar como una fuente de malestar psicológico, evitación, aislamiento o autoevaluación negativa derivada de este valor moral de la alimentación que ha sido adquirido en un contexto poco flexible. Esta distinción es fundamental para el ejercicio de la psiconutrición, ya que permite evaluar no solo qué come una persona, sino también qué significado atribuye a sus elecciones alimentarias, las razones detrás de sus elecciones alimentarias, qué ocurre emocionalmente cuando se desvía de sus reglas y cuánto impacto tiene dicha rigidez en su vida cotidiana.

Adherencia y psiconutrición

La adherencia al tratamiento ha sido ampliamente reconocida como un componente relevante en el manejo de enfermedades crónicas y en la efectividad de las intervenciones en salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona, incluyendo tomar medicamentos, seguir una dieta o realizar cambios en el estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional de la salud (WHO, 2003). Esta definición es importante porque desplaza parcialmente la idea de cumplimiento automático y enfatiza que las recomendaciones deberían ser acordadas, no simplemente impuestas. Además, la OMS plantea que la adherencia está influida por cinco dimensiones interrelacionadas: factores sociales y económicos, factores del sistema de salud, factores relacionados con la terapia, factores relacionados con la condición clínica y factores propios del paciente (WHO, 2003).

La adherencia al tratamiento nutricional constituye un componente relevante en la prevención y manejo de enfermedades crónicas, ya que permite valorar en qué medida las recomendaciones alimentarias acordadas se incorporan a la vida cotidiana del paciente (Mora-Romo, 2022). En una revisión Cochrane, Desroches et al. (2013) analizaron intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia a consejos dietéticos en adultos con enfermedades crónicas, incluyendo enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión y enfermedad renal, lo que respalda la relevancia clínica de evaluar e intervenir sobre la adherencia dietética en contextos nutricionales. Sin embargo, la adherencia no depende únicamente de la indicación profesional ni de la motivación individual del paciente. Endevelt y Gesser-Edelsburg (2014), en un estudio cualitativo sobre tratamiento nutricional, señalan que la relación dietista-paciente y el enfoque de consejería influyen en la decisión del paciente de persistir con el tratamiento nutricional. En población mexicana, Candelaria Martínez et al. (2016) evaluaron una intervención dirigida a

aumentar la adherencia terapéutica en mujeres con sobrepeso u obesidad que se encontraban en tratamiento nutricional para bajar de peso, utilizando entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones cognitivo-conductuales. Sus resultados mostraron una tendencia al aumento de la adherencia en el grupo de intervención, además de mayor implicación personal y percepción de apoyo social, lo que sugiere que la adherencia nutricional no depende únicamente de la prescripción dietética, sino también de variables psicológicas, relacionales y contextuales. De manera complementaria, Leija Alva et al. (2019), en adultos mexicanos con sobrepeso u obesidad, describen la adherencia terapéutica como un fenómeno multidimensional e influido por factores relacionados con el tratamiento, el paciente, la enfermedad, el sistema de atención y las condiciones socioeconómicas.

Por ello, desde una perspectiva psiconutricional, la adherencia debería entenderse no sólo como cumplimiento conductual, sino como un proceso influido por factores clínicos, emocionales, relacionales y contextuales. Esta postura es congruente con el modelo multidimensional de la Organización Mundial de la Salud, que plantea que la adherencia está determinada por factores sociales y económicos, factores del sistema de salud y equipo sanitario, factores relacionados con la terapia, factores asociados con la condición clínica y factores propios del paciente (WHO, 2003). Por tanto, cuando la adherencia se interpreta únicamente como cumplimiento, puede favorecer una lectura reduccionista del comportamiento alimentario, en la que las dificultades para sostener recomendaciones se atribuyen principalmente a factores individuales, como motivación, voluntad o compromiso, dejando en segundo plano las barreras que pueda presentar el paciente, como las contextuales, emocionales, relacionales y del propio sistema de atención. Esta lectura resulta limitada porque la conducta alimentaria ocurre dentro de condiciones de vida concretas y porque la continuidad del tratamiento nutricional también depende de la relación profesional-paciente, del enfoque de consejería, de la individualización del tratamiento y de la capacidad del profesional para considerar necesidades culturales, psicológicas y cotidianas del paciente (Endevelt y Gesser-Edelsburg, 2014). Además, desde la literatura sobre adherencia y concordancia, se ha señalado que los modelos centrados en el cumplimiento pueden mantener al paciente en un rol pasivo, mientras que los enfoques colaborativos buscan reconocerlo como participante activo en la toma de decisiones terapéuticas (Settineri et al., 2019).

El problema surge cuando la adherencia dietética se interpreta desde un marco moralizante. En este escenario, seguir el plan alimentario puede asociarse con ser disciplinado, responsable o "buen paciente", mientras que desviarse de las recomendaciones puede leerse como falla, descuido o falta de autocontrol. Esta lectura se conecta con los procesos de moralización alimentaria descritos previamente, en los que las prácticas alimentarias dejan de evaluarse únicamente por su utilidad clínica y comienzan a funcionar como indicadores de valor personal. Así, la adherencia puede dejar de ser un constructo positivo para convertirse en una forma implícita de evaluación moral del comportamiento alimentario, especialmente cuando la atención se centra exclusivamente en el control dietético y no en el bienestar, la flexibilidad o la sostenibilidad del cambio.

Por ello, una perspectiva psiconutricional no implica sustituir la adherencia por conceptos vagos, sino ampliarla mediante indicadores clínicos complementarios. Además de preguntar si el paciente sigue o no una recomendación, resulta necesario evaluar cómo la vive, qué significado le atribuye, qué emociones aparecen cuando no logra sostenerla, qué barreras contextuales intervienen y qué grado de flexibilidad tiene para adaptar sus decisiones alimentarias a su vida cotidiana. Esta ampliación permite distinguir entre una adherencia saludable y sostenible, basada en autonomía y ajuste contextual, y una adherencia rígida, sostenida por miedo, culpa, vergüenza o necesidad de control.

En este sentido, el éxito terapéutico en nutrición no debería medirse únicamente por el grado de cumplimiento conductual, sino también por la capacidad de la persona para construir una relación más flexible, funcional y sostenible con la alimentación. Desde la teoría de la autodeterminación, se ha señalado que los contextos que favorecen autonomía, competencia y vínculo pueden promover formas más autodeterminadas de motivación para el cambio en salud (Patrick y Williams, 2012). Esto resulta relevante porque una intervención nutricional centrada sólo en obediencia externa puede lograr cambios conductuales a corto plazo, pero no necesariamente favorecer autonomía alimentaria, autorregulación o sostenibilidad a largo plazo.

Así, más que abandonar el concepto de adherencia dentro del marco de la salud, específicamente del área de nutrición, se propone reformular dentro de un marco psiconutricional que contempla tres niveles de evaluación. El primero corresponde a la implementación conductual de las recomendaciones acordadas en conjunto con el paciente. El segundo considera conocer y tomar en cuenta las barreras biológicas, emocionales, sociales y contextuales que facilitan o dificultan dicha implementación. El tercero analiza la experiencia subjetiva asociada al cambio alimentario, incluyendo culpa, vergüenza, rigidez, miedo a fallar, satisfacción, autonomía y percepción de sostenibilidad. Esta distinción permite mantener el valor clínico de la adherencia sin reducir la atención nutricional a una lógica de cumplimiento o desobediencia. De esta manera, se puede ampliar la visión terapéutica hacia una estrategia transdisciplinaria, como lo es el abordaje con enfoque de psiconutrición (Martínez-Moreno, 2025).

Desde esta propuesta, un paciente no debería ser descrito simplemente como adherente o no adherente, sino comprendido en términos de qué recomendaciones logra implementar, cuáles no, por qué, bajo qué condiciones, con qué costo emocional y con qué grado de funcionalidad en su vida cotidiana. Este cambio de lenguaje puede contribuir a disminuir la carga moral del tratamiento nutricional y favorecer intervenciones más centradas en la persona, especialmente en pacientes con historia de dietas restrictivas, culpa alimentaria, preocupación corporal, síntomas de alimentación desordenada u ortorexia.

Orientaciones clínicas desde la psiconutrición

A partir de lo anterior, la psiconutrición puede aportar una lectura clínica que permita identificar cuándo la alimentación saludable deja de funcionar como una práctica flexible de cuidado y comienza a organizarse alrededor de reglas rígidas, culpa, vergüenza o autoevaluación moral. Dado que la moralización alimentaria no se expresa únicamente en lo que

la persona come, sino también en los significados que atribuye a sus elecciones alimentarias, su abordaje clínico requiere ampliar la evaluación nutricional tradicional hacia dimensiones emocionales, cognitivas, contextuales y relacionales de la conducta alimentaria.

En la práctica, esto implica explorar el lenguaje que utiliza la persona para describir sus alimentos y decisiones alimentarias, la presencia de categorías rígidas como permitido o prohibido, la presencia de categorías morales como bueno o malo, las emociones que aparecen cuando se desvía de sus reglas, el grado de flexibilidad que conserva frente a situaciones sociales o imprevistas, y el impacto que estas reglas tienen en su vida cotidiana. De esta manera, preguntas como ¿qué significa para ti comer bien?, ¿qué concluyes sobre ti cuando no sigues tu plan?, ¿qué emociones aparecen cuando comes algo no planeado? o ¿has evitado situaciones sociales por miedo a comer de forma incorrecta? pueden ofrecer información clínica relevante para diferenciar entre hábitos saludables sostenibles y una relación moralizada con la alimentación.

En el contexto de la atención nutricional, el objetivo clínico no sería eliminar la búsqueda de hábitos saludables, sino favorecer una relación con la comida más flexible, contextualizada y funcional. Esto puede incluir el uso de lenguaje alimentario descriptivo y no moralizante, la identificación de reglas rígidas, la exploración de barreras reales para el cambio, el fortalecimiento de la autonomía alimentaria y la construcción de metas centradas en salud, funcionalidad y bienestar, más que en perfección dietética o cumplimiento absoluto. Asimismo, cuando la moralización alimentaria se acompaña de restricción intensa, deterioro social, miedo persistente a ciertos alimentos, culpa frecuente, vergüenza corporal o síntomas compatibles con trastornos de la conducta alimentaria u ortorexia nerviosa, resulta necesario considerar la derivación o el trabajo interdisciplinario con profesionales de salud mental.

En este sentido, la aportación de la psiconutrición no radica únicamente en flexibilizar recomendaciones alimentarias, sino en analizar cómo las prácticas alimentarias se relacionan con la historia personal, el contexto sociocultural, las emociones, los valores y la funcionalidad cotidiana. Este enfoque permite desplazar la intervención desde una lógica centrada exclusivamente en adherencia hacia una atención más centrada en la persona, sin perder de vista la importancia clínica de promover hábitos alimentarios saludables.

Conclusiones

La moralización alimentaria permite comprender cómo determinadas prácticas relacionadas con la alimentación saludable pueden adquirir significados que trascienden su dimensión nutricional y convertirse en indicadores de disciplina, autocontrol, responsabilidad o valor personal. Esta perspectiva no busca desestimar la importancia de promover hábitos alimentarios saludables ni minimizar el papel de la nutrición en la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas. Por el contrario, propone distinguir entre una educación alimentaria basada en evidencia, flexible y contextualizada, y aquellos discursos que atribuyen valor moral a las elecciones alimentarias, favoreciendo juicios sobre la persona que come y no únicamente sobre la conducta alimentaria.

La evidencia revisada sugiere que la moralización alimentaria puede expresarse mediante procesos de categorización dicotómica de los alimentos, asociaciones implícitas entre comida y atributos morales, culpa alimentaria, vergüenza,

rigidez conductual y preocupación excesiva por comer de manera saludable o pura. Estos elementos adquieren especial relevancia cuando se relacionan con fenómenos como la ortorexia nerviosa y otras formas de alimentación desordenada, en las que la búsqueda de salud puede organizarse alrededor de reglas estrictas, miedo a la transgresión, deterioro funcional o autoevaluación negativa (Donini et al., 2022; Lakritz et al., 2022; Thorne et al., 2023).

Asimismo, las redes sociales y la cultura *wellness* constituyen escenarios contemporáneos en los que estos procesos pueden intensificarse. Contenidos relacionados con alimentación limpia, *fitspiration* o rutinas alimentarias diarias pueden transformar la alimentación en una práctica visible, aspiracional y socialmente evaluable. Aunque estos discursos suelen presentarse bajo narrativas de bienestar, motivación o autocuidado, también pueden reforzar ideales de autocontrol, productividad, perfeccionamiento corporal y responsabilidad individual, especialmente cuando las prácticas alimentarias se comunican como evidencia de éxito personal o superioridad moral (Alberga et al., 2018; Tiusanen, 2021; Zaharia y Gonța, 2024).

En el ámbito clínico, esta reflexión invita a revisar críticamente el uso tradicional del concepto de adherencia nutricional. La adherencia continúa siendo un indicador relevante para valorar la implementación de recomendaciones alimentarias, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas; sin embargo, resulta insuficiente cuando se interpreta únicamente como cumplimiento conductual. Desde una perspectiva psiconutricional, la adherencia debería analizarse como un proceso multidimensional influido por factores clínicos, emocionales, relacionales y contextuales, evitando reducir las dificultades del paciente a falta de voluntad, motivación o compromiso (Candelaria Martínez et al., 2016; Endevelt y Gesser-Edelsburg, 2014; WHO, 2003).

Por tanto, el abordaje clínico de la moralización alimentaria requiere desplazar el foco desde la obediencia dietética hacia una comprensión más amplia de la relación de la persona con la comida. Esto implica evaluar no solo qué come el paciente o cuánto se apega a una recomendación, sino también qué significado atribuye a sus elecciones alimentarias, qué emociones aparecen cuando se desvía de sus reglas, qué grado de flexibilidad conserva, qué barreras contextuales enfrenta y qué impacto tiene la alimentación en su vida social, emocional y funcional. En este sentido, la psiconutrición puede aportar a la práctica clínica, buscando identificar discursos moralizantes, prevenir intervenciones centradas en culpa o control rígido, y promover cambios alimentarios más flexibles, sostenibles y congruentes con el bienestar integral.

Finalmente, reconocer la moralización alimentaria como un fenómeno clínicamente relevante no implica patologizar el interés por comer saludablemente, sino precisar cuándo la búsqueda de salud deja de funcionar como una práctica de cuidado y comienza a convertirse en una fuente de autoexigencia, culpa, vergüenza o deterioro. Esta distinción resulta fundamental para el abordaje nutricional contemporáneo, especialmente en un entorno sociocultural donde la alimentación saludable se comunica cada vez más como identidad, aspiración y valor personal.

Referencias

- Aiello, M., Umiltà, M. A., Ottoboni, G., y Tessari, A. (2026). Food perception in Orthorexia nervosa: Craving or avoidance. *Eating and Weight Disorders*, 31(19). <https://doi.org/10.1007/>

- s40519-026-01826-8
- Alberga, A., Withnell, S., y Von Ranson, K. (2018). Fitspiration and thinspiration: A comparison across three social networking sites. *Journal of Eating Disorders*, 6, 39. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0227-x>
- Askegaard, S., Ordabayeva, N., Chandon, P., Cheung, T., Chytкова, Z., Cornil, Y., Corus, C., Edell, J. A., Mathras, D., Junghans, A. F., Kristensen, D. B., Mikkonen, I., Miller, E. G., Sayarh, N., y Werle, C. O. C. (2014). Moralities in food and health research. *Journal of Marketing Management*, 30(17-18), 1800-1832. <https://doi.org/10.1080/0267257X.2014.959034>
- Atchison, A. E., y Zickgraf, H. F. (2022). Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. *Appetite*, 177, 106134. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106134>
- Candelaria Martínez, M., García Cedillo, I., y Estrada Aranda, B. D. (2016). Adherencia al tratamiento nutricional: Intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.002>
- Cheshire, A., Berry, M., y Fixsen, A. (2020). What are the key features of orthorexia nervosa and influences on its development? A qualitative investigation. *Appetite*, 155, 104798. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104798>
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388. <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>
- Curtis, R., Prichard, I., Gosse, G., Stankevicius, A., y Maher, C. (2023). Hashtag fitspiration: Credibility screening and content analysis of Instagram fitness accounts. *BMC Public Health*, 23, 421. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15232-7>
- Desroches, S., Lapointe, A., Ratté, S., Gravel, K., Légaré, F., y Turcotte, S. (2013). Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(2), CD008722. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008722.pub2>
- Donini, L. M., Barrada, J. R., Barthels, F., Dunn, T. M., Babeau, C., Brytek-Matera, A., Cena, H., Cerolini, S., Cho, H. H., Coimbra, M., Cuccurullo, P., Díaz-Marsá, M., Dratva, J., Fiazza, C., Gramaglia, C., Haddad, C., Heiss, S., Koven, N., Kurz, S., ... Lombardo, C. (2022). A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27, 3695-3711. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01512-5>
- Earnshaw, V., y Karpyn, A. (2021). Understanding stigma and food inequity: A conceptual framework to inform research, intervention, and policy. *Translational Behavioral Medicine*, 10(6), 1350-1357. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa087>
- Endevelt, R., y Gesser-Edelsburg, A. (2014). A qualitative study of adherence to nutritional treatment: Perspectives of patients and dietitians. *Patient Preference and Adherence*, 8, 147-154. <https://doi.org/10.2147/PPA.S54799>
- Eryilmaz, A., Kara, A., y Uzun, A. E. (2024). The mediating role of positive body image between friendship qualities, well-being strategies and identity development among adolescents. *Current Psychology*, 43, 1-18. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06092-4>
- Fischler, C. (1995). *El h(omnívoro): El gusto, la cocina y el cuerpo*. Anagrama.
- Gracia-Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: La medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México*, 49(03), 236-242. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n3/09.pdf>
- Horovitz, O., Argyrides, M., Maor, N. R., y Yom-Tov, E. (2023). Orthorexia and orthorexia nervosa: A comprehensive examination of prevalence, risk factors, diagnosis, and treatment. *Nutrients*, 15(17), 3851. <https://doi.org/10.3390/nu15173851>
- Jackson, A. M., Iniguez, A., Min, H. J., Strickland, M., y Lanigan, J. (2023). "I enjoy the good foods, all of which are not good for me." The categorization and moralization of food. *Appetite*, 191, 107071. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107071>
- Jerónimo, F., Carraça, E. V., y Teixeira, D. S. (2022). Effects of fitspiration content on body image: A systematic review. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27, 3017-3035. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01505-4>
- Jiménez, A. M., Arias, N., Picazo, E., Sanz, A., y García, O. (2025). Impact of body-positive social media content on body image perception. *Journal of Eating Disorders*, 13, 153. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01286-y>
- Kraaijeveld, S. R., y Jamrozik, E. (2022). Moralization and mismoralization in public health. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 25(4), 655-669. <https://doi.org/10.1007/s11019-022-10103-1>
- Krug, I., Selvaraja, P., Fuller, M., Hughes, E., Slater, A., Griffiths, S., Wei Yee, Z., Richardson, B., y Blake, K. (2020). The effects of fitspiration images on body attributes, mood and eating behaviors: An experimental Ecological Momentary Assessment study in females. *Body Image*, 35, 279-287. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.09.011>
- Lakritz, C., Tournayre, L., Ouellet, M., Iceta, S., Duriez, P., Masetti, V., y Lafraire, J. (2022). Sinful foods: Measuring implicit associations between food categories and moral attributes in anorexic, orthorexic, and healthy subjects. *Frontiers in Nutrition*, 9, 884003. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.884003>
- Leija Alva, G., Peláez Hernández, V., Pérez Cabañas, E., Pablo Santiago, R., Orea Tejeda, A., Domínguez Trejo, B., González Islas, D., Pineda Juárez, J. A., Herrera Saucedo, R., Sánchez Santillano, R., Santellano Juárez, B., Cintora Martínez, C., y Contreras Ramírez, E. (2019). Factores cognitivos predictivos de adherencia terapéutica en personas con sobrepeso y obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 85-94. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.451>
- Martínez-Moreno, A. G. (2025). *Una propuesta transdisciplinar: La Psiconutrición*. Editorial Tirant Humanidades. <https://editorial.tirant.com/mex/libro/una-propuesta-transdisciplinar-la-psiconutricion-alma-gabriela-martinez-moreno-9788411839846>
- Minadeo, M., y Pope, L. (2022). Weight-normative messaging predominates on TikTok- A qualitative content analysis. *PLOS ONE*, 17(11), e0267997. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267997>
- Mora-Romo, J. F. (2022). Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de meta-análisis. *Psicumex*, 12(1), 1-26. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.493>
- Nechita, D.-M., Bud, S., y David, D. (2021). Shame and eating disorders symptoms: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(11), 1899-1945. <https://doi.org/10.1002/eat.23611>

- org/10.1002/eat.23583
- Patrick, H., y Williams, G. C. (2012). Self-determination theory: Its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 18. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-18>
- Pettigrew, S., Talati, Z., y Pratt, I. (2017). Health communication implications of the perceived meanings of terms used to denote unhealthy foods. *BMC Obesity*, 4, 3. <https://doi.org/10.1186/s40608-016-0142-0>
- Rozin, P. (1999). The process of moralization. *Psychological Science*, 10(3), 218-221. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00139>
- Schei, T. S., Sheikh, S., y Schnall, S. (2019). Atoning past indulgences: Oral consumption and moral compensation. *Frontiers in Psychology*, 10, 2103. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02103>
- Scrinis, G. (2015). *Nutritionism: The science and politics of dietary advice*. Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/columbia/9780231156578.001.0001>
- Settinieri, S., Frisone, F., Merlo, E. M., Geraci, D., y Martino, G. (2019). Compliance, adherence, concordance, empowerment, and self-management: Five words to manifest a relational maladjustment in diabetes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 299-314. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S193752>
- Steenhuis, I. (2009). Guilty or not? Feelings of guilt about food among college women. *Appetite*, 52(2), 531-534. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.12.004>
- Thorne, J., Hussain, M., y Mantzios, M. (2023). Exploring the relationship between orthorexia nervosa, mindful eating and guilt and shame. *Health Psychology Report*, 11(1), 38-47. <https://doi.org/10.5114/hpr/152733>
- Tiusanen, K. (2021). Fulfilling the self through food in wellness blogs: Governing the healthy subject. *European Journal of Cultural Studies*, 24(6), 1382-1400. <https://doi.org/10.1177/13675494211055734>
- Topham, J., y Smith, N. (2023). One day of eating: Tracing misinformation in 'What I Eat In A Day' videos. *Journal of Sociology*, 59(3), 682-698. <https://doi.org/10.1177/14407833231161369>
- Tragantzopoulou, P., Giannouli, V., y Zachariadou, S. (2026). Eating clean, feeling broken: A qualitative meta-synthesis of the lived experience of orthorexia nervosa. *Acta Psychologica*, 264, 106387. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2026.106387>
- Uddenberg, C., Kidd, C., y Rosenbaum, G. M. (2025). Networks of guilt, shame, pride, and disordered eating in undergraduate women. *Journal of Eating Disorders*, 13, 75. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01240-y>
- Vuong, A., Jarman, H., Doley, J., y McLean, S. (2021). Social media use and body dissatisfaction in adolescents: The moderating role of thin- and muscular-ideal internalisation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13222. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413222>
- Ward, M. (2023). Why we need to stop labeling behaviors influencing a person's weight ideal or healthy. *AMA Journal of Ethics*, 25(7), E472-E477. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2023.472>
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization. <https://www.paho.org/en/documents/who-adherence-long-term-therapies-evidence-action-2003>
- Zaharia, A., y Gonța, L. (2024). The healthy eating movement on social media and its psychological effects on body image. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1474729. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1474729>
- Zeng, M., Grgurevic, J., Diyab, R., y Roy, R. (2025). #WhatIEatInADay: The quality, accuracy, and engagement of nutrition content on TikTok. *Nutrients*, 17(5), 781. <https://doi.org/10.3390/nu17050781>