

Emilio García-Sánchez (Ed.)

# BELLEZA FANTASMA Y DEPORTE A LO LOCO

Los riesgos de la  
obsesión corporal

teconté



### 3. Anorexia y bulimia: la tiranía de la imagen corporal

ANA PÉREZ MARTÍNEZ

Prof<sup>a</sup>. Ciencias de la Educación

Universidad CEU Cardenal Herrera (Valencia)

#### 1. Introducción

La enorme difusión que anorexia y bulimia están teniendo en los medios de comunicación y el aumento preocupante de su incidencia en la población más joven han suscitado un gran interés sobre este campo, propiciando numerosos trabajos de investigación, publicaciones, formación de expertos en prevención, diagnóstico y tratamiento. Asimismo, también han aparecido variadas páginas web que veneran la delgadez, promueven ese peculiar estilo de vida, enseñan a cómo ponerlo en práctica e invitan a no decaer en el intento de conseguir cada vez un cuerpo más y más delgado.

A lo largo del presente capítulo vamos a hacer un recorrido por ambos trastornos con el objetivo



de esclarecer conceptos relevantes, entender cómo aparecen y se instauran dichas enfermedades, ofrecer algunas orientaciones al respecto y, en definitiva, contribuir a una mejor comprensión de los TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria).

## 2. TCA: ¿de qué estamos hablando?

Lejos de identificar los TCA con una mera restricción de alimentos y el afán de conseguir un cuerpo «perfecto», se trata de una auténtica enfermedad psiquiátrica con tremendas consecuencias físicas y emocionales. Solo se pueden entender los TCA en toda su amplitud si se tienen en cuenta factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, cuya interacción se traduce, de una manera muy visible y notoria, en problemas con la ingesta de comida. Pero, en palabras de la experta Rosa Calvo (2010), «estos trastornos no pueden considerarse producto de la vanidad de las personas que desean utilizar tallas pequeñas, sino la expresión de dificultades emocionales intensas que han inducido, a cierto número de personas, a buscar en la apariencia el mínimo de seguridad necesario para afrontar su vida»<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> CALVO SAGARDOY, R. (2010), Documento base: «Trastornos de la Conducta Alimentaria», FOCAD (Formación Continuada a Distancia) Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Los problemas con la alimentación son mucho más que eso: se traducen en la manera que encuentran los pacientes para encarar sus emociones negativas, temores, inseguridades y, en definitiva, su falta de habilidades en áreas muy importantes de la vida. Los TCA no aparecen en personas emocionalmente competentes y con una vida plena.

Los manuales diagnósticos de mayor difusión<sup>2</sup> distinguen diversos tipos de TCA, todos ellos caracterizados por una alteración persistente en los comportamientos relacionados con la alimentación que terminan causando un deterioro significativo de la salud física y del funcionamiento psicosocial. Sin embargo, las características propias de cada uno de estos trastornos varían considerablemente entre unos y otros, debiéndose consultar los criterios diagnósticos que, en cada caso, ayudan a distinguirlos y nombrarlos.

### 3. Características relevantes de la anorexia y la bulimia

Precisemos, en primer lugar, las características fundamentales de ambos trastornos. Resulta

---

<sup>2</sup> DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (5ª Ed.) (2013), Academia Americana de Psiquiatría.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión. Organización Mundial de la Salud.



interesante profundizar en sus rasgos definitorios y en las similitudes y diferencias entre anorexia y bulimia nerviosas. Pero, como punto de partida, utilizamos los criterios diagnósticos del DSM-5, por ser muy concretos, objetivos y absolutamente aceptados.

**Tabla 1. Criterios diagnósticos de Anorexia y Bulimia nerviosa según DSM-5**

<b>Anorexia nerviosa</b>
Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.
Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.
<b>Bulimia nerviosa</b>
Episodios recurrentes de atracones.
Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes.
Atracones y comportamientos compensatorios se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Como se puede apreciar en la tabla, hay algunas características básicas en cada uno de los TCA; pero también se dan otros muchos rasgos asociados que se presentan con una elevadísima frecuencia y

que contribuyen a apoyar el diagnóstico. Profundizar en ellos ayuda a una mejor comprensión de los mismos.

### 3.1. Anorexia nerviosa

#### 3.1.1. Restricción de la ingesta

Respecto a la limitación de la ingesta hasta el punto de conducir a un peso corporal significativamente bajo, hay que tener en cuenta que obedece a una elección, una imposición de la propia persona afectada, que se propone reducir su peso por debajo de determinado nivel. La pérdida de peso, que conduce a la desnutrición, debe ser significativa.

Dado que el rango de peso normal difiere entre los individuos, los clínicos se guían por el índice de masa corporal (IMC)<sup>3</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza un IMC de 18,5 kg/m<sup>2</sup> como límite inferior del peso corporal normal (es decir, los adultos con un IMC de 18,5 kg/m<sup>2</sup> o más no tienen un peso corporal significativamente bajo). De igual modo, la OMS ha propuesto un IMC

---

<sup>3</sup> El Índice de Masa Corporal (IMC) se calcula dividiendo el peso de la persona por su talla al cuadrado. Por ejemplo, si un individuo pesa 60 kg y mide 1,63, su IMC sería  $60 / (1,63)^2 = 22,59$ .



menor de 17,0 kg/m<sup>2</sup> para señalar la delgadez moderada o grave. Cifras que siempre deben interpretarse junto a otros datos relevantes de la historia clínica del paciente.

### ***3.1.2. Temor a ganar peso***

Las personas con anorexia nerviosa temen profundamente engordar, pero, lejos de verse aliviados cuando adelgazan, esa pérdida, muchas veces, aumenta su temor inicial a engordar. Es frecuente que el paciente no verbalice, incluso no reconozca, su temor a engordar, pero este puede deducirse de la propia historia colateral del trastorno. No es correcto hablar de pérdida de apetito, sino más bien de negación del mismo y control del hambre. Es posible que, en estados muy avanzados de la enfermedad, desaparezca la sensación de hambre. Pero durante mucho tiempo la persona anoréxica habrá estado luchando por mantener el autocontrol sobre la misma y llevar a cabo conductas distractoras.

### ***3.1.3. Alteración en la autopercepción corporal***

La manera en que uno percibe su propio cuerpo y el valor otorgado a dicha percepción es fundamental para el diagnóstico de la anorexia. La imagen

corporal se desarrolla poco a poco desde la infancia a partir de muy diversas experiencias (interacción con el medio, posibilidades de movimiento, sensaciones táctiles y visuales, emociones, opiniones generadas a partir de lo que vemos en el espejo, del mensaje recibido por nuestro entorno –familias, colegio–, etc.).

Es frecuente que, en torno a la adolescencia, cuando se están experimentando de forma rápida una secuencia importante de cambios hormonales, fisiológicos, cognitivos, sociales... muchos jóvenes y adolescentes se encuentren insatisfechos con su propio desarrollo y con su imagen corporal, teniendo una percepción distorsionada de la misma. Hay quien considera que tiene sobrepeso, en general; otros son conscientes de estar delgados, pero les preocupa en exceso ciertas partes de su cuerpo (normalmente, abdomen, nalgas y muslos). O pueden reconocer su delgadez a la vez que niegan las graves consecuencias médicas que esta les genera. Suelen obsesionarse en comprobar la talla que usan, mirarse en el espejo o en medirse y pesarse con mucha frecuencia. Lamentablemente, la autoestima y la manera en que se sienten viene absolutamente condicionada por su constitución corporal y su logro de perder peso: adelgazar es un éxito que produce, puntualmente, gran satisfacción; pero, de igual modo, no conseguir hacerlo o, peor aún, ganar peso se interpreta como una





falta inaceptable de autocontrol, como un auténtico fracaso.

Se debe tener en cuenta que la mayor parte de los defectos corporales percibidos por la persona afectada (y casi nunca apreciables por observadores externos) guardan una estrecha relación con los estados emocionales internos. «Su mundo psíquico se proyecta sobre el cuerpo y creen que, por su aspecto, los demás las van a ver como “cerdas”, “aprovechadas” o “poco femeninas”. La distorsión perceptiva se origina básicamente porque ven en el espejo la proyección del malestar que sienten dentro»<sup>4</sup>.

### **3.1.4. Otros criterios diagnósticos**

Tal y como hemos dicho, además de los tres criterios fundamentales recogidos en el DSM-55, lo habitual es constatar una serie de características asociadas que vienen a apoyar el diagnóstico de anorexia nerviosa. Algunos de esos rasgos son consecuencias directas de la desnutrición en los

---

<sup>4</sup> CALVO SAGARDOY, R. (2002), *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*.

<sup>5</sup> DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (5ª Ed.) (2013), Academia Americana de Psiquiatría.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión, Organización Mundial de la Salud.

principales sistemas orgánicos. Otros son atributos psicológicos más o menos marcados. Entre todos ellos, podemos destacar:

- a) ***Amenorrea*** (ausencia continuada de la menstruación) o alteraciones en el ciclo menstrual. Cuando la anorexia la sufre un hombre, disminuye sus niveles de testosterona.
- b) ***Anomalías de las constantes vitales***. Pérdida de la densidad mineral ósea. Resultados analíticos anormales. Hipotermia (hasta 35 °C), hipotensión y lanugo (aparición de vello similar al del recién nacido en buena parte del cuerpo).
- c) ***Hiperactividad***: esta aparece en un porcentaje considerable de mujeres anoréxicas, tanto en lo que se refiere a actividades deportivas (ejercicios aeróbicos, atletismo...) como a actividades extracurriculares (por ejemplo, estudio de idiomas), dejando muy poco tiempo para el descanso. Es, además, como veremos más adelante, una de las características más destacadas entre los varones anoréxicos.
- d) ***Los pensamientos sobre comida se tornan casi obsesivos***: el organismo, en un intento de recuperarse, aumenta el deseo de comer. La



persona vive con horror tal circunstancia, permaneciendo en un estado de alerta permanente. De este modo, los pensamientos relacionados con la alimentación se vuelven una constante: se puede dedicar gran parte del día a contar calorías, acumular recetas, cocinar para los demás... llegando a desarrollar síntomas obsesivos muy relevantes.

- e) *Síntomas depresivos y fluctuaciones en el estado de ánimo*: si bien es cierto que la pérdida de peso inicial les puede hacer sentirse triunfantes, con una grata sensación de control y una autoestima inflada, el peso ideal no se logra nunca, no tiene fin, además de que constantemente planea el temor a volver a engordar. Comer les llena de remordimientos, de sensación de ineficacia, y ello les mantiene en un estado de fragilidad permanente que puede acarrear cambios bruscos del humor, explosiones de ira aparentemente inexplicables. Del mismo modo, dentro de este estado de ánimo oscilante, se pueden apreciar retraimiento social, disminución de interés por el sexo, insomnio... (características, por otra parte, propias de estados de desnutrición, aunque no sean fruto de un TCA).



- f) **Tendencia al perfeccionismo:** se marcan metas elevadas y se exigen con tremenda minuciosidad. Pero, aunque sus resultados sean objetivamente excelentes, con frecuencia no llegarán a perfectos, lo que volverá a retroalimentar la sensación de incapacidad y de necesidad de control sobre todo cuanto les rodea: serán muy exigentes consigo mismos, cumplirán un horario estricto, mantendrán su peso muy a raya... como maneras de alimentar su sensación de valía personal. En este sentido, es interesante detenernos en la idea, muy arraigada, de que suele tratarse de personas con una alta capacidad intelectual, pues son muchos los perfiles de pacientes anoréxicas que tienen expedientes académicos brillantes. Sin embargo, como apunta R. Calvo, el trastorno cursa con un pensamiento empobrecido, inflexible: su temor a cometer errores inhibe el pensamiento divergente, creativo; pueden aprender muy rápido a base de mucho estudio, pero no cuentan con las mismas habilidades si han de pensar por ellas mismas. De este modo, donde tradicionalmente se ha presupuesto una alta inteligencia, más bien parece haber un esfuerzo tenaz y muchas horas de dedicación, y no tanto las capacidades de abstracción,

planificación y toma de decisiones propias de una intelectualidad brillante.

### *3.2. Bulimia nerviosa*

#### ***3.2.1. Episodios de atracones***

El DSM-5 define episodio de «atracción» como «la ingestión, en un periodo determinado de tiempo, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en circunstancias parecidas». Para que se considere episodio de atracción, quien los ingiere debe sentir que carece de control sobre ello. De hecho, se puede hablar de atracones subjetivos, en los que la cantidad de alimento ingerido es poca o moderada, pero se tiene la sensación de pérdida de control sobre la misma. El tipo de alimento no define si se trata de episodio de atracción o no, pero la mayor parte de las veces se recurre a alimentos que, en condiciones normales, evitarían.

Quienes llevan a cabo los episodios de atracción suelen sentirse muy avergonzados por ello, razón por la que suelen hacerlo a solas y con la máxima discreción posible. Cuando se habla de «un periodo de tiempo determinado», este no suele exceder las

dos horas, en las que la persona come hasta sentir que ya no puede más. El detonador más frecuente para que se desencadene un episodio de atracones suele ser un estado de ánimo negativo, la presencia de un estresor incómodo, una dieta muy estricta, el aburrimiento... Dependiendo de las circunstancias que preceden al atracón y de lo que se obtiene con él, la doctora R. Calvo distingue y explica, entre otros, los siguientes tipos de atracones:

- a) *Atracón motivado por la dieta previa*: la reducción de la ingesta en combinación con ejercicio físico produce, inicialmente, una sensación de bienestar que conduce a pensar que se ha conseguido controlar el hambre. Pero se trata de una ilusión; el organismo luchará con empeño contra el desequilibrio nutricional y el hambre irrumpirá con una fuerza tal que será realmente difícil controlar. Con el atracón, el paciente alivia ciertas carencias y, durante cierto tiempo, vuelve el equilibrio. Pero pronto reaparece el miedo a engordar y la tensión vuelve a dispararse.
- b) *Atracón motivado por carencias afectivas*: hay pacientes que han relacionado el alimento con valores como compañía, atención o calor humano; en situaciones de vacío o soledad pueden recurrir al alimento como una



manera de paliar su desamparo o tristeza. Llegan a comer sin control, pero en verdad no se sacian, pues están tratando de paliar una necesidad diferente a la alimenticia con medios inservibles para tal fin.

- c) *Atracón por aprendizaje inadecuado*: es frecuente relacionar muchos estados desagradables con la necesidad de alimento, aprendiendo a superarlos a través de la comida. Así, por ejemplo, se busca contrarrestar cansancio o ansiedad comiendo. Además, el atracón ayuda puntualmente a alejar los sentimientos que generan malestar.
- d) *Atracón como reacción a situaciones de sometimiento*: se ha encontrado un perfil claro de pacientes que utilizan el atracón y posterior vómito como una forma de agresión, tanto contra sí mismos como contra terceros que ejercen sobre ellos relaciones abusivas. Comer se convierte en un gesto de rebelión, y la purga, una forma de eliminar sentimientos negativos.
- e) *Atracón motivado por la ocasión*: se conjugan la disponibilidad de comida junto a la ausencia de vigilancia para acceder a la misma. De igual modo, se producen atracones automáticos, sin que preceda de manera clara

ningún detonante que los provoque. Son los denominados atracones por costumbre, que se suelen relacionar con situaciones similares en las que, en otras ocasiones y en las mismas circunstancias, también se produjo un atracón.

- f) *Búsqueda de placer a través del atracón:* comer generalmente es una fuente de placer para las personas con TCA. Mientras el trastorno está presente, los pacientes suelen tener escasas satisfacciones e intereses en sus vidas; la comida llega a adquirir un carácter obsesivo que la convierte en un poderosísimo refuerzo.

### **3.2.2. Comportamientos compensatorios o purgas**

En un primer momento, el atracón puede mitigar la sensación de malestar que ha estado en el origen del episodio, la tensión y la ansiedad se reducen; pero muy frecuentemente tiene el efecto contrario, provocando remordimientos y una autoevaluación muy negativa. Ese sentimiento de culpa es el que despierta el deseo de eliminar cuanto se ha comido. La purga, como vemos a continuación, cumple esa función: se convierte en una limpieza que, junto al alimento ingerido, se lleva los sentimientos



negativos, su vergüenza y autodesprecio. En ocasiones también se vive como una manera de pagar los excesos cometidos.

Los métodos pueden ser variados, si bien los más habituales son vomitar y recurrir a laxantes o diuréticos. Vomitar, que es la práctica más frecuente, alivia el malestar provocado por el atracón, resta miedo a la posibilidad de engordar y reduce la carga de conciencia que ha supuesto el atracón. La sensación de relajación después de una purga es tal que deja una huella importante en quien la vive. De este modo, predispone al paciente a seguir vomitando cuando se sienta agobiado, gordo, frustrado... Sin embargo, cuando la purga es una práctica muy frecuente, pierde ese poder reforzador y deja de suponer un alivio para quien la lleva a cabo, provocando cansancio y desánimo. Se llega a efectuar de manera tan asidua, que las personas bulímicas adquieren una enorme destreza y pueden hacerlo a voluntad. Muchas veces ya es un comportamiento previsto (es decir, se come para vomitar, bien sea en atracón, bien en pequeña cantidad). Otras, tiene la finalidad de compensar la ingesta.

La bulimia nerviosa puede verse, por tanto, como un ciclo: periodo de dieta, aumento de la tensión, atracón, alivio de la culpa y, de nuevo, restricción.

### **3.2.3. Autoevaluación y peso corporal**

También los pacientes con bulimia otorgan una gran importancia en su propia valoración al peso y a la constitución corporal, con los cuales suelen sentirse muy insatisfechos, convirtiéndose en variables determinantes de su propia autoestima.

### **3.2.4. Otras características frecuentemente asociadas a la bulimia nerviosa**

- a) Algunos cuadros médicos como irregularidades menstruales, alteraciones minerales y de la hidratación que pueden resultar muy graves, trastornos gástricos, etc.
- b) Alteraciones de la imagen corporal: como en el caso de la anorexia nerviosa, los pacientes suelen distorsionar su imagen corporal y se sienten profundamente insatisfechos con la misma. Pero la insatisfacción va mucho más allá de su peso o volumen: suelen tener un enorme vacío interior, pues ni su propio comportamiento ni el de las personas que le rodean le satisfacen.
- c) Suelen ser muy dependientes de la opinión de los demás, hecho que no aceptan con gusto y ante el que reaccionan con una falsa



seguridad en sí mismos que les haga parecer menos vulnerables.

- d) Dificultad para controlar los impulsos. Los pacientes con bulimia suelen ser personas extrovertidas, irritables e impulsivas, con tendencia a los cambios bruscos de humor cuando las cosas no salen como ellas tenían previstas. Fruto de su impulsividad se ven con frecuencia metidas en consumo de drogas, relaciones de pareja muy cambiantes... además de, por supuesto, los atracones y las purgas.
- e) El alto grado de exigencia que tienen consigo mismo y con los demás, así como su elevada competitividad, hace que no establezcan relaciones sólidas y duraderas. Su soledad, la mayor parte de las veces, no se convierte en una buena compañera de viaje.

#### **4. Entendiendo las semejanzas y diferencias entre anorexia y bulimia**

Conviene aclarar que cierto número de pacientes anoréxicas desembocan en bulimia; ello ha llevado a pensar que, a pesar de conceptualizarse como dos entidades diferenciadas, en muchas ocasiones



se trata de episodios distintos dentro de un mismo continuo, dos momentos evolutivos opuestos de un mismo trastorno. Para evitar confusiones se reflejan, a continuación, de manera breve, las semejanzas y diferencias más evidentes entre ambos.

Semejanzas	Diferencias
Utilizan su peso y apariencia como base de su valía personal.	Anorexia (A): peso por debajo del normal. Bulimia (B): peso alrededor de la normalidad.
Obsesión por no engordar, hasta el punto de convertirlo en su principal problema y perder otras fuentes de interés.	A: no come o come muy poco. B: tras el ayuno, come en exceso.
Alteraciones en la percepción y aceptación de talla y peso.	A: busca una imagen frágil, delicada. B: persigue una imagen exitosa, perfecta.
Muchas pacientes anoréxicas presentan atracones.	A: tendencia a la austeridad, el sacrificio, el conformismo. B: prevalece la avidez, la autocomplacencia, la exigencia y la inmediatez.
Las anoréxicas también pueden tener comportamientos purgativos.	A: introversión, evitación del riesgo, ansiedad, rigidez, orden, frialdad. B: tendencia a la depresión, fluctuaciones rápidas del ánimo, búsqueda de emociones intensas y tendencia al riesgo, descontrol, impulsividad.
Tendencia al perfeccionismo.	A: pérdida de interés por la sexualidad. B: establecimiento de relaciones promiscuas y muy dependientes.
Pensamiento rígido, dicotómico.	



Altibajos en los estados de ánimo. Dificultades en el ámbito emocional.	
Inseguridad, baja autoestima.	

A continuación, al profundizar sobre los factores determinantes de los TCA, se vuelven a nombrar algunas de estas características, dado que se identifican como variables que predisponen para el desarrollo de la enfermedad.

### 5. Factores de riesgo para desarrollar un TCA

Por lo que se refiere al origen de los TCA, no existe duda de la multicausalidad que explica su aparición y mantenimiento. Como se ha adelantado, están implicados factores de muy diversa índole, desde genéticos y biológicos a cuestiones culturales, con una importantísima implicación psicológica. Además, la evolución de la propia enfermedad contribuye al mantenimiento y cronificación de los TCA. Nos detenemos, a continuación, en algunos de dichos factores de riesgo, profundizando más en aquellos que guardan relación con aspectos psicológicos y variables culturales.

### 5.1. Factores genéticos y fisiológicos

Atendiendo al DSM-5, el riesgo de sufrir anorexia o bulimia nerviosas es mayor entre los familiares biológicos de primer grado de las personas que tienen el trastorno. Por otro lado, las nuevas técnicas de imágenes funcionales han permitido describir un conjunto de anomalías cerebrales relacionadas con los TCA. Se sabe que en la regulación de la ingesta (sensación de hambre y saciedad) intervienen el sistema gastrointestinal, las reservas energéticas y el sistema nervioso central.

Las personas con TCA sufren importantes alteraciones neuroquímicas. Por ejemplo, anomalías en la producción de algunos de los neurotransmisores implicados en la percepción del hambre y de la saciedad, lo que tiene un reflejo evidente en sus patrones de alimentación. Con todo, no existe unanimidad respecto a los hallazgos obtenidos, pues no está claro si estos reflejan alteraciones consecuentes a la desnutrición o si se trata de anomalías primarias asociadas al trastorno.

### 5.2. Factores socioculturales

Más allá de cuestiones biológicas, los TCA constituyen un claro exponente de la enorme influencia



de los factores culturales en la génesis de los trastornos mentales. Si bien es cierto que los problemas de alimentación ya se describieron hace siglos, es desde hace unos 50 años hasta la actualidad cuando han emergido con toda su intensidad en los países más desarrollados de la mano de los nuevos patrones de belleza imperantes en el mundo occidental. Moda y publicidad han hecho de la delgadez no solo un ideal de belleza, sino que también la han equiparado a salud, éxito social y personal, juventud, etc. Más aún: se ha conseguido establecer una relación casi directa entre sobrepeso y rasgos como vaguería, escasa fuerza de voluntad, temperamento débil, enfermedad... El prototipo de belleza delgada se ha impuesto, pero el modelo, en la vida real, resulta inalcanzable. La consecuencia es una insatisfacción constante para todos aquellos en quienes sí calan dichos estándares de belleza, que se esfuerzan más y más por ajustarse a los mismos, pero nunca es suficiente.

Los adolescentes, inmaduros y en plena etapa de desarrollo, resultan especialmente vulnerables. Tanto la opinión de los demás como los mensajes publicitarios emitidos por muy diversos canales les lleva rápidamente a comparar su apariencia con los cánones de belleza imperantes. Como señala la doctora Calvo, «por su edad, tienen una imagen corporal aún poco definida e inestable,

son muy sensibles a la manipulación. Son proclives a definirse comparando su apariencia física con la de otros y no poseen los recursos psíquicos necesarios para defenderse de tamañas ficciones publicitarias»<sup>6</sup>.

Si, además, al caldo de cultivo generado por un ensalzamiento de la delgadez se le unen circunstancias personales en las que la persona ha vivido burlas o limitaciones en sus actividades ocasionadas por su constitución (por ejemplo, no poder realizar determinados deportes o juegos, llegar siempre el último en una carrera, no ser elegido por los compañeros para formar equipo...), la vulnerabilidad para sufrir un TCA se dispara.

Las pautas de crianza en el entorno familiar tienen una gran relevancia; sin profundizar en ello, sí conviene destacar que tanto los estilos educativos sobreprotectores como los extremadamente tolerantes, los poco comprometidos emocionalmente o los que otorgan una importancia excesiva a la apariencia por encima de otro tipo de valores, pueden constituir un importante factor de riesgo de cara a la promoción y mantenimiento de TCA.

Y si los adolescentes son tremendamente permeables a los mensajes de moda y publicitarios, aún lo son más al ejemplo que ofrecen personas

---

<sup>6</sup> CALVO SAGARDOY, R. (2002), *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*.



significativas para ellos. Así, las constantes dietas por parte de los progenitores, muy en especial la madre, se convierte muchas veces en un factor que predispone a la imitación por parte de las hijas.

### *5.3. Factores psicológicos*

El temperamento también puede erigirse como una variable de riesgo; de hecho, las personas anóxicas suelen mostrarse tremendamente evitadoras mientras que la impulsividad es propia de quienes desarrollan un trastorno bulímico. En ambos casos, se termina otorgando a la ingesta de alimentos un valor compensatorio ante determinadas deficiencias emocionales.

Otro aspecto relevante es un particular estilo cognitivo. Este refleja el conjunto de creencias, la manera de pensar, de sentir, cómo percibimos y nos relacionamos con el mundo que nos rodea. Se va conformando a través de la educación, de nuestras experiencias, de las interacciones que establecemos con los demás... Pues bien, las personas con un TCA tienden a desarrollar un patrón similar en su estilo cognitivo, pudiéndose identificar una serie de distorsiones en su manera de procesar la información que resultan perjudiciales. Una de ellas, muy relevante, es el denominado pensamiento

dicotómico o razonamiento en términos absolutos: todo/nada; blanco/negro; siempre/nunca... Ello conduce a la imposibilidad de hacer planteamientos flexibles: una buena nota es un 10, un régimen es la ausencia de ingesta, hacer deporte supone quedar exhausto... En la base de ese peculiar estilo cognitivo hay un elevado afán de perfeccionismo que impregna su manera de pensar y actuar. Tienden a ser tan meticulosos, incluso obsesivos, que se guían solamente por reglas que lleven a la perfección, obviando cualquier aspecto emocional que pudiera ser fuente de descontrol y, por tanto, de vulnerabilidad. En consecuencia, las relaciones que establecen, como ya se ha apuntado, pueden ser pocas, frías o sin auténticos lazos afectivos.

En definitiva, las personas más proclives a desarrollar un TCA, detrás de su aparente seguridad tienen una baja autoestima, una excesiva dependencia de la opinión y aceptación de los demás, dificultades para tomar decisiones comprometidas, sumisión ante los abusos de terceras personas, temor al rechazo, a las críticas... «La vulnerabilidad a los trastornos emerge cuando la delgadez, los logros académicos brillantes y los éxitos en los deportes se convierten en estrategias para conseguir atractivo suficiente como para superar su timidez»<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Ídem.

## 6. La promoción de anorexia y bulimia en *internet*

Desde hace varios años, se puede encontrar un permanente ensalzamiento de los TCA, en especial anorexia y bulimia, a través de internet. Proliferan foros, blogs, chats, perfiles de Instagram, grupos de WhatsApp... a los que se accede con facilidad a través de cualquier dispositivo conectado a internet. El capítulo 5 profundiza sobre este mismo tema, pero se adelantan aquí algunos aspectos que guardan estrecha relación con el contenido planteado.

Son frecuentadas por muchos adolescentes que ya sufren un trastorno de la alimentación o que tienen una elevada vulnerabilidad para iniciarse en el mismo. Alcanzan un gran número de seguidores, pues cumplen un papel fundamental a la hora de ofrecer comprensión y acompañamiento a quienes tienen un objetivo común: adelgazar, a cualquier precio.

Sus contenidos resultan realmente perniciosos: invitan a sumarse a la belleza de la extrema delgadez, proponen desafíos para motivar, competencias de pérdidas de kilos, ofrecen información sobre dietas y purgas, trucos para ocultar la enfermedad a la familia y a los amigos, presentan múltiples fotografías y vídeos de modelos a seguir (a la vez que imágenes de personas con sobrepeso que invitan

a ser repudiadas), etc. En paralelo, van generando conciencia de tu escaso valor, desprecio hacia tu propio cuerpo, dudas sobre tu autoestima, sentimientos de culpabilidad ante el hecho de comer o sucumbir a otras debilidades... Teniendo en cuenta la nocividad de sus contenidos, ha habido numerosos intentos por prohibirlos o ejercer sobre ellos un riguroso control. Sin embargo, hasta el momento, no se han podido considerar ilegales<sup>8</sup>.

Pro-Ana y Pro-Mía son páginas web que llevan a cabo una apología inequívoca de los TCA. Su nombre significa a favor de la anorexia (pro-Ana) y a favor de la bulimia (pro-Mía). Presentan ambos trastornos como estilos de vida deseables. Buena parte de los contenidos disponibles actualmente en su blog reflejan las afirmaciones que estamos haciendo respecto a los TCA. A modo de ejemplo:

Bajo el título «70 razones para no comer», recuperado del blog Otra Princesa Pro Ana y Pro Mía<sup>9</sup>, se pueden encontrar, entre otros, los siguientes enunciados:

---

<sup>8</sup> A pesar de ello, la colaboración ciudadana para frenar su difusión es importante, siendo posible denunciar ciertos contenidos que atentan a la salud y, por tanto, pueden ser constitutivos de delito. Algunas entidades canalizan las denuncias, presionando para que surtan efecto y dichos contenidos sean bloqueados. Una de estas instituciones es la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB), que ofrece información al respecto en el siguiente enlace:

<http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/lucha-activamente-contra-los-trastornos-alimentarios-la-apologia-en-las-redes>.

<sup>9</sup> <https://otraprincesaproanaymiamas.wordpress.com/2014/08/05/60/>

- ¡Tener hambre es control, y nos gusta el control!
- No comer es un excelente ejemplo de tener poder.
- Los huesos son limpios y puros. Serás libre sin la grasa.
- ¿Bailarina o saco de frijoles?
- Piensa en la Anorexia como tu arma secreta.
- Cuerpo perfecto = Alma perfecta.
- Un gordo es una persona FLOJA, ser Ana es control.
- ¿Es la comida más importante que la felicidad?
- La comida es mezquina y chismosa. Cada mordida te hace FEA Y GORDA.

Estas mismas páginas, Pro-Ana y Pro-Mía, incluyen numerosos «tips» para facilitar el vómito, animando a ponerlo en práctica, dando pistas de cómo hacerlo y de cómo evitar despertar sospechas en el entorno. A modo de ejemplo<sup>10</sup>:

- Toma un vaso de agua antes de empezar a comer, sigue tomando agua durante toda la comida, cada mordisco toma un buen trago

---

<sup>10</sup> Las sugerencias han sido recuperadas de <https://otraprincesaproanaymiamas.wordpress.com/acerca-de/>

de agua, esto te ayudará a que el vómito salga más rápido y fácilmente.

- Para vomitar debes usar 2 dedos (el anular y el dedo medio), no te los tienes que meter hasta el fondo, solo intenta tocar la parte de atrás de tu lengua y empieza a jugar como a hacer círculos, ten paciencia, no suele salir a la primera, no desesperes que Mía no es maña, sino práctica.
- Siempre limpia minuciosamente el área donde te has purgado, si tus padres encuentran salpicaduras de vómito por ahí, no tendrás una explicación lógica que darles.
- Si vas a usar los dedos, no mantengas muy largas tus uñas que después de un atracón por la desesperación te puedes hacer daño a la garganta y no sería bonito. También debes procurar quitarte anillos y joyas antes de purgarte.
- Si no sabes cuándo ya terminaste de vomitar, pues lleva contigo una botella de agua y cuando sientas que ya no sale nada, toma agua, espera un rato y vomita, cuando el agua salga pura tu estómago estará limpio y como nuevo.



Un informe de la asociación ACAB<sup>11</sup> resume la filosofía de Pro-Ana y Pro-Mía de la siguiente manera:

«No estamos enfermas, queremos ser así». En las páginas pro anorexia y bulimia, las chicas se autodenominan «Princesas» o «Muñecas de porcelana», haciendo también símiles con las mariposas. Muchos de los dominios de las páginas coinciden en incluir estos nombres. Estos espacios hacen referencia a «Ana» y «Mía» como si se tratara de una especie de Diosa, donde todo lo que conlleva adelgazar es un ritual y su forma de vida, casi una religión. Se difunden ideas y principios que suponen un riesgo elevadísimo por los chicos y chicas que potencialmente se encuentran en las puertas de entrada de estos trastornos, a menudo con unas edades en que son muy influenciables. Estas comunidades ejercen como una especie de secta de captación. Buscan un complemento virtual (comprensión y refugio) para suplir el aislamiento que sufren en el mundo real.

Es muy fácil encontrar testimonios de personas afectadas por un TCA en esta línea; dan las gracias a Pro-Ana y Pro-Mía por los consejos ofrecidos, por

---

<sup>11</sup> El informe se puede consultar en el siguiente link: <http://www.acab.org/fitxer/880/Resumen%20Prensa%20An%C3%A1lisis%20Anorexia%20y%20Bulimia%20-%20febrero%202011%20CAST.pdf>

su comprensión y por ayudarles a no decaer en su objetivo. El mismo informe de ACAB al que hacemos referencia recoge algunos ejemplos:

«Querida Ana:

Te ofrezco mi vida, mi corazón y todas las funciones de mi cuerpo, te entrego todas mis posesiones terrenales. Busco tu sabiduría, tu fe y tu peso tan ligero como una pluma. Ruego por tener la habilidad de flotar, de bajar mi peso a un solo dígito (...) Te adoraré y ruego por ser una fiel sirvienta tuya hasta que la muerte nos separe. Si te engaño y procreo con McDonald (...), me arrodillaré sobre mi baño, meteré los dedos muy dentro de mi garganta y rezaré por tu perdón».

Cualquier persona preocupada por los TCA debería tener muy presente su difusión a través de la red. No obstante, puesto que el tema se aborda en otro capítulo de este mismo trabajo, no se profundiza más al respecto.

## 7. Prevalencia de los TCA y colectivos especialmente sensibles

Los TCA inicialmente se detectaron con más frecuencia entre clases sociales altas, pero estudios





más recientes demuestran que no es un problema exclusivo de un estrato social. Sin embargo, tiene una repercusión mucho mayor en mujeres que en hombres (sabemos con certeza que es menos común entre hombres, aunque carecemos de datos concluyentes al respecto, pues, probablemente, como se comenta más adelante, su incidencia vaya en aumento y pueda presentar algunas características propias).

La edad de inicio más habitual es la adolescencia o la edad adulta temprana, siendo infrecuente más allá de los 40 años de edad.

El desencadenante suele ser un factor estresante como una pérdida significativa, un cambio de colegio o de domicilio, sobrepeso (aunque sea ligero, pero la persona percibe que tiene kilos de más) que se ve agravado si ha estado acompañado de algún comentario o burla al respecto.

Algunos grupos profesionales, como pueden ser bailarinas, gimnastas, actrices, modelos... parecen más vulnerables. Los medios de comunicación han contribuido enormemente a la propagación y mantenimiento de la extrema delgadez y su mensaje aún cala más hondo cuando los cuerpos que se exponen corresponden a colectivos como modelos de moda o deportistas de competición. Los factores de riesgo se multiplican, tanto por la constante exhibición de su cuerpo (cuya valoración repercute

enormemente en su sentimiento de valía) como por el habitual cambio en sus patrones de alimentación.

El problema no solo surge cuando quienes se dedican a determinadas profesiones se convierten en carne de cañón de un TCA; va más allá cuando la imagen, popular y exitosa de esas personas, es un exponente de belleza y éxito digno de imitar. Las imágenes escuálidas y enfermizas de múltiples modelos han propiciado un abundante número de críticas que ha llevado a las pasarelas de moda más prestigiosas a fijar un peso mínimo por debajo del cual no se permite desfilarse. Sin embargo, ello no ha evitado que esa imagen, con un peso muy inferior al recomendable, sea deseada y vista con normalidad. De hecho, hay diversos estudios que analizan la evolución de las tallas en los últimos años: no hace tanto tiempo se comercializaba sin problema la talla 44 mientras que era difícil hallar ropa por debajo de la 38. Actualmente es infrecuente encontrar en muchos establecimientos juveniles la talla 42 mientras que sí están disponibles la 34 e, incluso, la 32.

## **8. La incidencia de los TCA en la población masculina**

Es evidente que el aspecto físico no es un problema que atañe solo a la mujer. La moda, los



cosméticos, los productos dietéticos, el ámbito de los gimnasios y el mercado que los rodea han encontrado en los hombres un potente negocio cada vez más rentable. Del mismo modo que la publicidad remarca las connotaciones de belleza, éxito, salud... en una mujer delgada, también incide en el cuerpo fuerte y musculado al que debe aspirar cualquier hombre que se precie. Y la misma insatisfacción que estos estándares de belleza han generado en la población femenina, el ideal de virilidad y belleza masculino han conducido a muchos hombres a sentirse débiles, enclenques o faltos de todo atractivo físico, características propias de la denominada vigorexia sobre la que, en esta misma publicación, se incluye un capítulo que profundiza sobre el tema.

Sin embargo, el estereotipo de persona afectada por un TCA ha dejado de lado a la población masculina, lo que no refleja, necesariamente, que no lo sufra, sino que la ha convertido en un grupo más difícil de diagnosticar y cuya sintomatología se conoce menos de lo que sería deseable. Ello se ha traducido en una dificultad clara para identificar los casos, para que estos soliciten ayuda y se pueda hacer una intervención precoz. A este obstáculo se suma el estigma que supone sufrir un trastorno y acudir a un centro de tratamiento con una enfermedad «propia de chicas». Consecuentemente, el

paciente varón tiende a negar u ocultar su enfermedad propiciando mayor severidad y cronicidad en el curso de la misma.

## 9. Desarrollo y curso de los TCA

No existen síntomas de inicio que sean inequívocos, lo que, obviamente, entorpece el diagnóstico temprano. La insatisfacción corporal y el afán por hacer dieta siempre están en la base de los trastornos comentados; pero debemos tener en cuenta que la mayoría de las personas que, en algún momento, se sienten incómodas con su aspecto y pretenden adelgazar no llegan a desarrollar ningún TCA.

Una vez se ha instaurado un TCA en cualquiera de sus modalidades, su evolución varía enormemente, si bien es muy frecuente la tendencia a la cronicidad con fluctuaciones en la intensidad y aparición de los episodios. La no aceptación del trastorno constituye un grave escollo para iniciar cualquier tratamiento, pues la resistencia de los pacientes al mismo suele ser muy elevada. El diagnóstico e intervenciones tempranas contribuyen a un mejor pronóstico, pero hay que tener en cuenta que el abordaje de los TCA resulta complejo, largo en el tiempo y requiere de una estrategia amplia.

## 10. Orientaciones generales sobre el tratamiento de los TCA

El abordaje de los TCA debe afrontar, cuanto menos y dependiendo de cada paciente, la estabilización médica (consecuencias de la malnutrición y la deshidratación que llegan a ser muy graves, obligando en ocasiones a la hospitalización); terapia psicológica, que constituye la piedra angular de la intervención, y tratamiento psiquiátrico del resto de las patologías asociadas (p.ej., depresiones, consumo de sustancias, riesgo de suicidio, etc.). De este modo, suele intervenir un equipo multidisciplinar conformado por psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, endocrinos, enfermeras, ginecólogos....

Teniendo en cuenta que el tratamiento es largo y complejo, lo más habitual es programar sesiones frecuentes de terapia individual, grupal y familiar que se pueden demorar hasta 4-5 años. La tendencia general es realizar el tratamiento en régimen ambulatorio; sin embargo, como se ha comentado, hay un considerable número de pacientes que necesitan ingresos hospitalarios de varias semanas de duración. En estos, por una parte, se persigue restablecer su estado de salud y un peso mínimo y, por otra, se incide en aspectos motivacionales y cambio de actitudes.

Una de las mayores dificultades es el reconocimiento de la enfermedad y la adhesión a la terapia por propia voluntad; los pacientes perciben que aceptarla conlleva, sí o sí, engordar. Pero hay que tener presente, remarcando lo ya dicho, que la alimentación solo constituirá una parte del largo proceso de recuperación, pues se deberá profundizar sobre aspectos psicológicos de la persona que explican la evolución de sus hábitos: inseguridad, dificultades en el manejo de las relaciones sociales, enfrentamiento de la ansiedad y del fracaso, excesiva competitividad, etc. Cualquier intervención que se centre sin más en aspectos farmacológicos e ingesta de alimentos estará, con toda probabilidad, abocada al fracaso. La doctora R. Calvo (2010) apunta al respecto<sup>12</sup>: «Un tratamiento requiere ampliar la capacidad de autoconocimiento del paciente de tal manera que, al observar y comprender el sentido de sus conductas, transforme su manera de definir y resolver sus problemas. Es un trabajo apasionante y difícil que precisa de la comprensión y el entendimiento del paciente y no de su obediencia».

Se debe tener presente la perspectiva sociocultural que iguala delgadez a salud, eterna juventud, respeto y éxito social. Y dado que ese es un

---

<sup>12</sup> CALVO SAGARDOY, R. (2002), *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*.



cometido realmente complejo, adquiere una especial relevancia la prevención.

## 11. Prevención de los TCA y buenas prácticas

Frente a esta situación, y como ha ocurrido con otras conductas de riesgo que han tenido resultados devastadores (las relacionadas, por ejemplo, con el consumo de drogas o la seguridad vial), la experiencia nos demuestra que es fundamental invertir esfuerzos en prevención. La educación desde edades tempranas es una herramienta con la que contrarrestar el excesivo peso del valor otorgado a la imagen personal.

Conscientes de ello, cada vez han sido más numerosos los llamados programas de prevención primaria o universal, subvencionados por administraciones públicas y elaborados por diversas asociaciones especializadas o expertos en la materia. En ellos se suelen contemplar, al menos, los siguientes aspectos:

- a) Educación en hábitos de vida saludables (ejercicio físico adecuado, dietas equilibradas, prácticas de higiene, horarios de comidas regulares que eviten patrones desordenados, consumo de sustancias nocivas...).

b) Incidir en factores de riesgo más relevantes procedentes de distintos contextos:

- Por parte del individuo: insatisfacción corporal, baja autoestima, falta de habilidades sociales (p.ej., estrategias para hacer frente a la presión de grupo, toma de decisiones, destrezas comunicativas...).
- Ámbito familiar: patrones de alimentación y pautas de cuidado familiar, valor otorgado al aspecto físico, imitación de personas significativas...
- Desde el centro escolar o ámbito asociativo: actitudes de docentes y entrenadores deportivos, promoción de otro tipo de valores distanciados del aspecto físico, detección temprana, etc.
- Medios de comunicación social: fomentar el espíritu crítico que permita cuestionar los constantes mensajes recibidos a través de series, publicidad, moda...

La etapa escolar, tanto primaria como secundaria, es un periodo privilegiado para llevar a cabo programas de educación para la salud, pues los menores están en una edad en la que todavía son muy permeables al aprendizaje de ciertos hábitos de vida. Sin embargo, no todo es válido en





prevención: sabemos que cualquier mensaje no tiene la capacidad de modificar conductas e, incluso, que algunas veces puede resultar contraproducente. Por tanto, para implementar programas preventivos de manera rigurosa se debe, entre otras cosas, cuidar enormemente sus contenidos, adecuarlos a la población destinataria, dotar a los docentes de formación y de buenos materiales, incidir en ellos de manera sistemática, involucrar a la familia y, en la medida de lo posible, al conjunto de la sociedad, muy en especial los medios de comunicación social.

En esta línea, desde la Fundación Imagen y Autoestima, se ha elaborado un decálogo de buenas prácticas sobre el fomento de la autoestima y la imagen corporal en los medios de comunicación. Conscientes de la gran trascendencia de sus mensajes, de manera especial los emitidos por la televisión, se han propuesto fomentar un cambio de valores, proyectar modelos más realistas y contribuir así a la aceptación y respeto de la diversidad corporal.

De manera resumida, los principios que conforman su decálogo son:

- a) Promover la imagen de modelos corporales realistas que fomenten la salud.
- b) Fomentar la diversidad corporal para contrarrestar el único canon de belleza asociado a la delgadez.

- c) Evitar la promoción de conductas que pueden ser de riesgo para desarrollar un TCA (por ejemplo, iniciar una dieta restrictiva no equilibrada; promocionar productos de adelgazamiento con efectos milagrosos...).
- d) Apoyar estilos de vida y hábitos alimentarios saludables, evitando la difusión de mitos.
- e) Desarrollar la autoestima más allá del físico, vetando mensajes del tipo «cuidar tu peso mejorará tu vida social», «adelgazar hará que seas más aceptado».
- f) Evitar la proyección de connotaciones asociadas a la apariencia física, es decir, no asociar a un modelo de delgadez salud, bienestar, éxito...
- g) Romper con la idea de que moldeamos nuestro cuerpo a voluntad y, si no somos suficientemente delgados, es porque no queremos o carecemos de fuerza de voluntad.
- h) Promover horarios restringidos para la difusión de determinados productos alimenticios o estéticos, así como la excesiva exposición de personas que exhiben cuerpos muy delgados.
- i) Impulsar mensajes y contenidos sobre las mujeres no focalizados en la apariencia física.



- j) Mostrar sensibilidad y rigor al tratar los TCA, huyendo de etiquetas como «enfermedad de moda», de información sesgada y sensacionalista.

En definitiva, en la medida que la consideración y la valía de las personas se determine por su peso, su figura o el grado de musculación desarrollado, la vulnerabilidad a desarrollar un TCA queda garantizada. Reducir la incidencia de estas graves patologías pasa por que la sociedad en su conjunto ensalce otros valores más humanos y más nobles por encima de la imagen corporal.

### Bibliografía recomendada

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013) Manual DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5<sup>a</sup> ed.). Madrid. Editorial Médica Panamericana.
2. CALVO SAGARDOY, R. (2002), Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas, Ed. Planeta.
3. ACAB (Asociación contra la Anorexia y la Bulimia): <http://www.acab.org/es>
4. ADANER (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia y la Bulimia): <http://www.adaner.org/adaner>



En la actualidad, el culto al cuerpo inunda la sociedad hasta convertirlo en una auténtica obsesión. Los medios de comunicación, la publicidad, las redes sociales y la influencia negativa de internet venden un estereotipo de belleza muy específico que se ha establecido como un modelo a seguir por la mayoría de la población. La extrema delgadez, en ellas, y los músculos marcados y definidos, en ellos, emulan a falsos mitos de belleza narcisista que son prácticamente imposibles de alcanzar.

La adicción al ejercicio físico o el seguimiento de dietas extremas se han convertido en la vía preferida para aquellos que desean lograr un cuerpo perfecto a cualquier precio. Aunque la clave está en cuidarse y en no obsesionarse con el resultado, muchos convierten la incapacidad de conseguirlo en sentimientos de insatisfacción hacia sí mismos.

*Belleza fantasma y deporte a lo loco* expone los peligros de vivir atrapados en un mundo de la apariencia y ofrece un exhaustivo análisis sobre esta tiranía corporal que acaba desembocando en conductas perjudiciales para la salud. Te ayudará a reconocer las actitudes que pueden generar trastornos como la depresión estética, la anorexia, bulimia, la vigorexia, al mismo tiempo que ofrece recomendaciones para no convertir el culto al cuerpo en una obsesión. En definitiva, propone recuperar el verdadero valor de la belleza humana para embellecer a toda la persona y no solo a una parte.



 **teconté**

ISBN 978-84-8469-407-6



9 788484 694076