

El peso de la imagen corporal (parte 1): El cuerpo como campo de batalla

The weight of body image (part 1): The body as a battlefield

Nicole Crimer^a , Alejandrina Lo Sasso^a 

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan una de las manifestaciones más complejas del sufrimiento subjetivo contemporáneo, donde el cuerpo se convierte en el escenario de tensiones sociales y culturales profundas. Dejando el abordaje de los criterios diagnósticos para la segunda entrega, esta primera parte —de una serie de dos— asume el desafío de visibilizar el malestar latente arraigado en una relación conflictiva y sufriente con la comida y la imagen. Nos proponemos trascender la descripción de las formas clínicas severas para explorar lo que denominamos "zonas grises". Este espectro no busca patologizar el sufrimiento, sino reconocer la experiencia de pacientes que, sin alcanzar los criterios de un diagnóstico de TCA definido, experimentan una vigilancia obsesiva y dolorosa sobre su cuerpo. En paralelo, delinearemos estrategias de prevención críticas para la niñez y adolescencia. A través de un cruce necesario entre la medicina, la sociología y la antropología, analizaremos las fuerzas que perpetúan este malestar y propondremos herramientas para un acompañamiento que valide la dolencia (*illness*) del paciente más allá de la balanza y el espejo. En la segunda entrega, abordaremos de manera específica los aspectos relacionados con el diagnóstico, el manejo clínico-nutricional y el tratamiento interdisciplinario de los TCA definidos.

Abstract

Eating disorders (EDs) represent one of the most complex manifestations of contemporary subjective suffering, in which the body becomes the stage for profound social and cultural tensions. Deferring discussion of diagnostic criteria to the second article, this first part of a two-part series undertakes the challenge of making visible the latent distress rooted in a conflicted and painful relationship with food and body image. We aim to move beyond descriptions of severe clinical presentations to explore what we term "gray zones." This spectrum does not seek to pathologize suffering, but rather to recognize the experience of patients who, despite not meeting the criteria for a formal ED diagnosis, experience obsessive and distressing surveillance of their bodies. In parallel, we outline key prevention strategies for childhood and adolescence. Through an interdisciplinary dialogue among medicine, sociology, and anthropology, we analyze the forces that perpetuate this distress and propose tools for an approach that validates the patient's illness experience beyond the scale and the mirror. In the second article, we will specifically address issues related to the diagnosis, clinical and nutritional management, and interdisciplinary treatment of eating disorders.

Palabras clave: Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos, Imagen Corporal, Vulnerabilidad en Salud, Salud Mental. Key words: Feeding and Eating Disorders, Body Image, Health Vulnerability, Mental Health.

Crimer N, Lo Sasso A. El peso de la imagen corporal (parte 1): El cuerpo como campo de batalla. Evid Actual Pract Ambul. 2026;29(2):e007187. Available from: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v28i3.7187>

^aServicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. nicole.crimer@hospitalitaliano.org.ar, alejandrina.losasso@hospitalitaliano.org.ar

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de enfermedades complejas, caracterizadas por alteraciones persistentes en los hábitos alimentarios y una preocupación obsesiva por el peso y la imagen corporal. Si bien existen diversas manifestaciones, los cuadros más frecuentes en la práctica clínica son la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. Estas condiciones no solo comprometen la salud física, sino que implican un impacto profundo en la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

En las últimas décadas, la prevalencia de los TCA ha aumentado de manera alarmante en Argentina, afectando a personas de diversos contextos socioeconómicos y culturales. La mortalidad asociada es signifi-

cativamente más alta que la de la población general: el riesgo de muerte es 4,4 veces mayor, y en casos de anorexia nerviosa llega a ser 5,3 veces superior¹. El suicidio y las complicaciones médicas graves —como las arritmias o la deshidratación— son riesgos latentes. Además, instituciones como la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia en Argentina (ALUBA) han reportado un crecimiento de hasta 40% en las consultas luego de la pandemia de COVID-19, que se presume estaría vinculado con el aislamiento y el uso intensivo de redes sociales².

Sin embargo, más allá de los diagnósticos cerrados que proponen los manuales, en el consultorio del médico de familia nos enfrentamos a una realidad masiva que a menudo queda invisibilizada: lo que

denominamos "zonas grises". Estos grises comprenden a un vasto grupo de personas que no cumplen con los criterios diagnósticos estrictos para ser etiquetadas con un TCA, pero que viven en una tensión constante y sufriente con su peso y su imagen. Son personas que habitan una vigilancia permanente sobre lo que comen y cómo se ven, para quienes el cuerpo deja de ser un espacio de bienestar y se transforma en un objeto de control.

Como médicos de cabecera, el desafío no es solo detectar la patología evidente, sino desarrollar la sensibilidad clínica para identificar este malestar solapado que la cultura de la dieta ha normalizado. Entender las raíces de esta insatisfacción es el primer paso para una intervención que no se limite a la balanza, sino que aborde la relación del sujeto con su propio cuerpo.

El imperativo de la delgadez: genealogía de un control corporal

Para intentar describir por qué tantas personas habitan hoy esas zonas grises de insatisfacción, es útil rastrear cómo el cuerpo se convirtió en un objeto bajo vigilancia constante. Michel Foucault describió el concepto de biopoder para explicar cómo las ciencias médicas y las instituciones dejaron de limitarse a curar enfermedades para pasar a regular la vida misma bajo el mandato de qué es saludable y qué no lo es³. Bajo esta lógica, ya no se busca solo la salud, sino la normalización: encajar en un estándar de peso y forma definido como correcto. En la actualidad, este control se ha vuelto más sutil y privado. Ya no hace falta que alguien externo nos vigile; hemos internalizado un mandato moral que nos obliga a vigilarnos a nosotros mismos. El cuerpo dejó de ser simplemente nuestra casa para convertirse en un proyecto de mejora infinita, en una tarea que nunca termina de completarse.

Esta transición histórica es analizada por Georges Vigarello⁴ en su *Historia de la obesidad*, donde señala el paso del pecado de la gula a la condena de la falta de voluntad. Antiguamente, el exceso era una falta religiosa; hoy, el cuerpo que no encaja en la delgadez normativa es leído como una falla de carácter, una señal de desidia o incapacidad de autogobierno. En este contexto, la delgadez no es solo un estándar estético, sino un capital social que otorga estatus y valor social. Como hemos sostenido anteriormente en nuestra publicación sobre las alternativas al paradigma pesocéntrico, la idea de que las personas gordas lo son "porque quieren" es una falacia que ignora la complejidad biológica, genética y social de la obesidad⁵. Sin embargo, la gordofobia —como sistema de opresión— opera reforzando la idea de que el valor de una persona está ligado a su talle, transformando al cuerpo en lo que David Le Breton⁶ denomina una alteridad: algo que no se habita desde el bienestar, sino que se exhibe y se moldea para ser aceptable ante la mirada ajena.

El malestar invisibilizado: *disease*, *illness* y *sickness*

Es frecuente que en la consulta con adolescentes surjan comentarios de disconformidad en relación al cuerpo. Ya sea por exceso o por defecto, por la falta de

adecuación a la norma, por la falta de respuesta a una dieta o por el cambio inherente a esa etapa, el cuerpo es puesto en cuestión tanto por el joven como por su propio entorno. Este malestar, que suele manifestarse de manera espontánea o ante la pregunta del médico, puede ser apenas la punta del iceberg.

Aunque estas expresiones surgen con fuerza en la adolescencia, es vital comprender que no siempre se limitan a una etapa pasajera; con frecuencia, esto marca el comienzo de una relación conflictiva con la alimentación que, de no ser abordada, acompaña a las personas durante toda su vida adulta.

Un comentario al pasar puede o no estar revelando un TCA. A veces es simplemente una invitación a conversar sin que medie una patología instalada, pero otras veces es el primer signo de un sufrimiento crónico. En la práctica clínica, nos encontramos a menudo con pacientes que no cumplen con todos los criterios diagnósticos de un TCA, pero cuya cotidianidad está teñida por el malestar: personas que viven a dieta, cuentan calorías de forma obsesiva, sienten culpa recurrente tras la ingesta o evitan actividades sociales por incomodidad con su imagen.

Si el profesional se detiene y abre la evaluación en ese momento clave de la adolescencia, tiene la oportunidad no solo de detectar una enfermedad presente, sino de intervenir sobre un sufrimiento que, aunque no siempre constituya una patología estricta, condiciona la salud mental y el bienestar a largo plazo.

Para comprender este fenómeno resulta útil recurrir a la distinción que hace Arthur Kleinman⁷:

- *Disease*: La enfermedad como entidad biológica.
- *Illness*: La experiencia subjetiva de malestar, la dolencia.
- *Sickness*: El modo en que la sociedad define y da sentido a esa experiencia, el padecimiento.

Desde esta mirada, muchos de nuestros pacientes no padecen una enfermedad (*disease*) en términos biomédicos, pero sí atraviesan una dolencia (*illness*) significativa: una vivencia de insatisfacción, ansiedad y vigilancia constante sobre el cuerpo y la alimentación, moldeada por las expectativas culturales que los rodean. Esta vigilancia se perpetúa a través de la cultura de la dieta, que funciona, como plantea Naomi Wolf⁸, como un mecanismo de control social. Wolf sostiene que la obsesión por la delgadez no es un problema de estética, sino de obediencia: una cultura obsesionada con el cuerpo femenino no logra belleza o salud, sino distracción y disciplinamiento o incluso ansiedad, depresión y TCA⁸. Mientras más tiempo y energía psíquica gasta una persona en vigilar cada caloría, en pesarse obsesivamente o en odiar su reflejo, menos autonomía y energía vital tiene para desarrollar su creatividad, su liderazgo, su participación política o cualquier otro proyecto. En este sentido, la dieta actúa como una suerte de sedante político: el hambre física y la insatisfacción mental mantienen al individuo enfocado en sus defectos personales, impidiéndole cuestionar otras presiones del sistema. Así, el cuerpo se convierte en una cárcel invisible donde el control sobre la comida es, en realidad, una pérdida de libertad⁸.

El cuerpo como campo de batalla y la violencia simbólica

Esta zona gris no es menor, porque muestra hasta qué punto se ha normalizado la idea de que estar bien implica también verse bien según determinados estándares. Pierre Bourdieu⁹ aporta aquí el concepto de violencia simbólica: las normas sociales sobre la delgadez se internalizan hasta sentirse como elecciones personales. Contar calorías, restringir alimentos “prohibidos” o negarse a usar traje de baño parecen decisiones libres, cuando en realidad son respuestas a un ideal social de disciplina corporal. Su noción de *habitus* permite comprender cómo estas prácticas no son simples elecciones individuales, sino disposiciones incorporadas desde la infancia y reforzadas por la posición social y cultural.

Si Naomi Wolf denuncia la función política de estos ideales como un freno a la autonomía, Susan Bordo profundiza en su dimensión simbólica¹⁰. Para Bordo, el cuerpo es un campo de batalla cultural donde se libra la tensión entre el mandato de consumo y la exigencia de disciplina. En nuestra sociedad, la delgadez ha dejado de ser una cuestión estética para convertirse en un indicador moral: un cuerpo magro se lee como sinónimo de éxito, voluntad y valor social, mientras que el cuerpo que escapa a la norma es castigado con el estigma del descontrol.

Claude Fischler¹¹ advierte que estamos perdiendo la comensalidad, ese tejido social que antes regulaba nuestra relación con la comida. Al despojar al acto de comer de sus rituales y horarios compartidos, la alimentación se vuelve un acto solitario y técnico. Sin el marco protector de la mesa, el placer es reemplazado por la gastroanomia: una incertidumbre constante donde el individuo, solo frente a la pantalla, ya no busca nutrirse o disfrutar, sino realizar un cálculo obsesivo de riesgos y calorías bajo la presión de una vigilancia constante¹¹.

El rol del médico de familia y las herramientas para el acompañamiento

Desde esta perspectiva, el rol del médico de familia no se limita a diagnosticar o descartar un TCA, sino también a reconocer y acompañar todo el sufrimiento y padecimiento relacionado a la imagen corporal y la alimentación aún por fuera (o antes) de los diagnósticos específicos. Validar la experiencia del paciente, problematizar los mandatos culturales que generan malestar, y ofrecer un espacio de escucha puede marcar una diferencia. Se trata, en definitiva, de abrir un espacio de cuidado antes de que el malestar se convierta en enfermedad, y de acompañar a las personas hacia una relación más libre con la alimentación y con su propio cuerpo.

Cuando acompañamos a las personas en estos grises, el primer paso es reconocer que ese malestar es real y legítimo. Muchas veces estas personas llegan diciendo que “no es tan grave” o que “solo deberían tener más fuerza de voluntad”, y el rol clínico ahí es validar que estar todo el día pensando qué comer, cargando con la culpa después de comer o planificando eternamente la próxima dieta es ya en sí mismo un motivo de desgaste y de sufrimiento. Reconocerlo

abre la puerta a que la consulta sea un espacio de alivio y no de juicio.

Un segundo eje es animar a cuestionar la naturalidad con la que asumimos los mandatos. Traer la sociología a la consulta con preguntas sencillas ayuda a externalizar la presión: “¿de dónde viene esa idea de que tenés que pesar tantos kilos?” o “¿qué pasa en tu grupo de amigos/as con la comida?”. La persona deja de verse como el problema y empieza a ubicar ese malestar en un entramado social más amplio.

En términos prácticos, podemos trabajar en la flexibilización de la relación con la alimentación:

- *Pequeños márgenes de elección*: Proponer probar una comida sin calcular calorías, o registrar qué emociones aparecen en lugar de registrar cada detalle de lo ingerido.

- *Reducción de conductas de autovigilancia*: Acordar que el pesaje no sea diario, sino semanal o quincenal, e invitar a cambiar el foco del registro hacia señales de hambre, saciedad o disfrute.

- *Construcción de una identidad no centrada en el espejo*: Habilitar otras narrativas con preguntas como: “¿qué cosas valorás de vos más allá de tu apariencia?” o “¿en qué momentos de tu vida te sentiste más orgulloso/a de vos mismo/a?”.

El acompañamiento en estos grises no busca medicalizar todo malestar, pero sí prevenir la cronificación y aliviar el malestar. Sabemos que la dieta crónica puede ser un factor de riesgo para el desarrollo posterior de un TCA. Por eso, ofrecer un espacio de escucha, de cuestionamiento crítico y de pequeñas herramientas prácticas puede marcar la diferencia entre sostener una relación sufrida con el cuerpo toda la vida, o empezar a construir un vínculo más libre y menos punitivo con uno mismo.

Prevención: construir entornos que hagan menos daño

La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria puede —y debe— comenzar desde las primeras etapas de la crianza. Una pauta sencilla es, ya en la primera infancia, estimular a las familias a no insistir en que el niño coma más allá de lo que desea. Más adelante, en el consultorio, una intervención breve —como preguntar a un niño o adolescente cómo se siente con su cuerpo, si hay algo que le preocupa de su aspecto o qué significa para él estar saludable— puede abrir puertas fundamentales para detectar un malestar antes de que se exprese como síntoma. Estas preguntas pueden incorporarse a los controles de salud a partir de los 8 o 9 años, sin necesidad de esperar señales de alarma.

Un aspecto clave, tanto en la familia como en la escuela, es el lenguaje: los comentarios sobre cuerpos y dietas no son inocentes. No se trata de hablar bien del cuerpo, sino de dejar de poner al cuerpo como centro de valor. Evitar elogios por la delgadez o bromas sobre el tamaño corporal y promover la diversidad corporal como parte de la normalidad ayuda a construir entornos donde las infancias y adolescencias no se definan por cómo se ven ni por lo que comen.

En este punto, el consumo de redes sociales —en el marco más amplio del uso intensivo de pantallas—

merece especial atención. Numerosos estudios muestran que la exposición temprana y repetida a contenidos centrados en la delgadez, la musculatura idealizada, la pérdida de peso o la dieta permanente se asocia con mayor insatisfacción corporal, comparación social y riesgo de conductas alimentarias restrictivas o desordenadas, en especial durante la adolescencia¹². Plataformas como Instagram, TikTok o YouTube utilizan algoritmos de recomendación que tienden a amplificar contenidos asociados a altos niveles de interacción. En usuarios vulnerables, esto puede favorecer una exposición repetida a imágenes y mensajes centrados en ideales corporales, reforzando la comparación social y la insatisfacción corporal¹³.

En este punto cobra relevancia la modernidad líquida de Zygmunt Bauman¹⁴, quien describe una era donde todo es inestable: los vínculos son frágiles y la identidad ya no se apoya en certezas sólidas, sino en la aprobación externa constante. En un mundo tan incierto, el cuerpo se convierte en el único territorio que sentimos que podemos controlar; por eso, la validación en redes sociales pasa a ser la medida de nuestro valor personal. En este escenario de fragilidad, el rol de los adultos cambia: supervisar lo que niños y adolescentes consumen en el ecosistema digital no es un acto de control autoritario, sino una red de contención necesaria. Enseñarles a cuestionar los mensajes que reciben es, en última instancia, protegerlos de un entorno que ha naturalizado la autovigilancia y la culpa como formas habituales de habitar el propio cuerpo.

El rol preventivo también se sostiene en lo cotidiano: priorizar la alimentación compartida por sobre el control rígido, habilitar conversaciones sobre malestar cuando aparece, y ofrecer experiencias con la comida y el movimiento desde el disfrute y no desde la obligación.

Por último, el Estado tiene una responsabilidad indelegable, regular los mensajes en medios y redes sociales, garantizar el acceso a alimentación adecuada y segura, implementar la ley de talles y asegurar atención temprana en salud mental son pasos necesarios para que la prevención no quede solo en manos individuales o familiares. Prevenir no es simplemente evitar que alguien se enferme: es construir entornos —presenciales y digitales— que hagan menos daño, donde las personas puedan crecer sin que la imagen de su cuerpo defina su valor.

Comentario final

Los trastornos de la conducta alimentaria no son solo un problema individual ni un síntoma aislado: reflejan tensiones sociales, culturales y emocionales profundas. Por eso, más allá del tratamiento clínico, es importante preguntarnos cómo nuestras propias actitudes y valores influyen en la salud de quienes nos rodean. El verdadero cambio requiere que todos —profesionales, familias y comunidades— revisemos no solo qué hacemos, sino cómo hablamos sobre el cuerpo, la alimentación y el valor personal. En esa transformación silenciosa está la clave para prevenir, comprender y acompañar a quienes enfrentan estas situaciones.

Estas experiencias de sufrimiento desafían la idea de una recuperación lineal o completa. Algunas personas atravesado un trastorno de la conducta alimentaria clínicamente manifiesto logran mejorar con el tratamiento, pero permanecen en lo que hemos llamado una zona gris: si bien no presentan síntomas graves, continúan experimentando tensiones con la comida y la imagen corporal. Otras personas quizá nunca desarrollen una enfermedad clínicamente detectable y transiten siempre en esa zona gris, con dificultades persistentes aunque menos evidentes. Por eso, el acompañamiento médico requiere seguimiento, sensibilidad y una mirada crítica sobre los contextos que sostienen estas tensiones. Comprender y acompañar a quienes enfrentan estas dolencias significa asumir su complejidad, reconocer la incertidumbre y sostener un compromiso ético con su bienestar, más allá de protocolos o resultados medibles.



PROFAM

Programa de Educación Continua en
Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria
organizado por el Servicio de Medicina
Familiar y Comunitaria y la Universidad
Hospital Italiano de Buenos Aires

Recibido el 08/10/2025, aceptado el 19/02/2026 y
publicado el 29/05/2026.

ORCID

Nicole Crimer <https://orcid.org/0000-0001-8638-9843>

Alejandrina Lo Sasso <https://orcid.org/0000-0003-1276-8503>



Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
(CC BY-NC-SA 4.0)

Declaración de obra derivada

Este material fue adaptado del capítulo “Trastornos de la conducta alimentaria” del libro Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria, cuarta edición. Editorial Médica Panamericana; 2026, y del capítulo “Trastornos de la conducta alimentaria” del Manual de Niñez y Adolescencia. Delhospital Ediciones; 2024.

Declaración de uso de inteligencia artificial

En la preparación del presente manuscrito fue utilizada la herramienta ChatGPT (OpenAI, mayo 2026) como apoyo para tareas específicas como la reformulación de frases para mayor claridad o coherencia científica y DeepL (versión gratuita) para la traducción del resumen.

Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específicas. Las autoras declararon no poseer conflictos de interés.

Declaración de revisión editorial

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el Comité Editorial de Evidencia.

Referencias

1. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2011 [cited 26 may 2026];68(7):724-31. DOI: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74> PMID: 21727255
2. ALUBA (Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia). Cambios en la conducta durante la cuarentena [Internet]. Buenos Aires; 2021 [cited 26 may 2026]. Available from: <https://aluba.org.ar/blog/cuarentena>
3. Foucault M. Historia de la sexualidad. Vol. 1: La voluntad de saber [Internet]. Buenos Aires: Siglo XXI; 1976 [cited 26 may 2026]. Available from: https://www.solidaridadobrero.org/ateneo_nacho/libros/Michel%20Foucault%20-%20Historia%20de%20la%20sexualidad.%20La%20voluntad%20de%20saber.pdf
4. Vigarello G. Las metamorfosis de la gordura : Historia de la obesidad desde la edad media hasta el siglo XX Buenos Aires: Nueva Visión; 2011
5. Crimer N, Camoirano J, Lo Sasso A. Obesidad: alternativas al paradigma pesocéntrico y patologizante. Primera entrega. Evid Actual Práct Ambul. 2023;26(3), e007088. DOI: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v26i4.7088>
6. Le Breton D. Antropología del cuerpo y modernidad [Internet]. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002 [cited 26 may 2026]. Available from: http://www.kubernetica.com/campus/documentos/bibliografia/LE_BRETON-Antropologia-Del-Cuerpo-y-Modernidad.pdf
7. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
8. Wolf N. El mito de la belleza. Barcelona: Emecé; 1991.
9. Bourdieu P. La distinción: criterio y bases sociales del gusto [Internet]. Madrid: Taurus; 1979 [cited 26 may 2026]. Available from: <https://asociacionfilosofialatinoamericana.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/08/bourdieu-pierre-la-distincio3b3n-criterio-y-bases-sociales-del-gusto.pdf>
10. Bordo S. Unbearable weight: feminism, Western culture, and the body [Internet]. Berkeley: University of California Press; 1993 [cited 26 may 2026]. Available from: http://www.gendermediatechnology.weebly.com/uploads/5/2/8/6/5286294/bordo.unbearable_weight-rsb.pdf
11. Fischler C. El (h)omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo [Internet]. Barcelona: Anagrama; 1995 [cited 26 may 2026]. Available from: <https://socioantropologiauba.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/06/61776947-fischler-claude-el-h-omnivor1.pdf>
12. Fortunato L, Gullo S, Muscolino A, et al. Relation Between Social Media Use and Body Image Concerns and Disordered Eating in Adolescence: A Systematic Review and Meta-Analysis. Adolescent Res Rev [Internet]. 2026 [cited 26 may 2026]. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40894-026-00285-7>
13. Bonfanti RC, Melchiori F, Teti A, et al. The association between social comparison in social media, body image concerns and eating disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. Body Image [Internet]. 2025 [cited 26 may 2026];52:101841. DOI: <https://10.1016/j.bodyim.2024.101841> PMID: 39721448
11. Bauman Z. Modernidad líquida [Internet]. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2000 [cited 26 may 2026]. Available from: https://arxiu Josep Serradell.cat/wp-content/uploads/2026/03/Modernidad-liquida-by-Bauman-Zygmunt-z-lib.org_.pdf