



EL COLEGIO DE SONORA

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

“LAS ARMAS DE LAS DÉBILES, SON SIEMPRE DÉBILES ARMAS”

CONSUMO DE PRODUCTOS PARA ADELGAZAR EN MUJERES

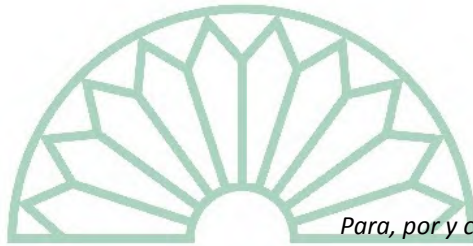
DE 30 A 45 AÑOS PERTENECIENTES AL ESTRATO

SOCIOECONÓMICO MEDIO EN HERMOSILLO, SON.

Tesis presentada por:
Liliana Coutiño Escamilla

Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Sociales en la línea de Estudios Socioculturales de la Salud

Directora de tesis: Dra. María del Carmen Castro Vásquez
Hermosillo, Son. Marzo de 2012



A Ana María y Emmanuel.

Para, por y con ustedes, todo mi ser, siempre.

EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Agradecimientos

Mi agradecimiento al Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (CONACYT) por el apoyo proporcionado para la realización de este trabajo de investigación.

Al Colegio de Sonora gracias por las facilidades otorgadas, las impecables instalaciones, el programa de maestría en el que aprendí tanto, pero sobretodo, por el valioso recurso humano que posee y que hizo que la experiencia haya valido la pena.

A mis maestras y maestro del CEES, a quienes les sigo aprendiendo y les admiro.



EL COLEGIO

De manera especial, a la Dra. Ma. del Carmen Castro, mi gratitud, amistad y reconocimiento por el profesionalismo demostrado en el trabajo de dirección de tesis.

BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

A mi familia –la de sangre y la extendida por el vínculo del amor y la fraternidad– a quienes espero que me alcancen años para agradecerles personalmente el apoyo, cariño, compañerismo y ejemplo de vida en los momentos de cansancio.

INDICE

Resumen.....	8
Abreviaturas y siglas.....	10
Introducción.....	12
I Contexto.....	22
1.1 El contexto sociohistórico.....	22
El contexto biomédico y farmacológico.....	24
El contexto político y comercial.....	32
1.2 El contexto local y contemporáneo.....	40
Hermosillo.....	47
Las mujeres de 30 a 45 años.....	53
II Marco Teórico Conceptual.....	57
2.1 Cuerpo.....	62
2.2 Adelgazar.....	67
2.3 Consumo.....	70
2.4 Productos adelgazantes.....	72
2.5 Estratos socioeconómicos.....	73
2.6 Género.....	75
2.7 Representaciones.....	76
2.8 Estigma.....	79
2.9 Riesgo.....	80
2.10 Mecanismos.....	81
III Metodología y procedimiento.....	83
3.1 Los métodos mixtos en la recolección de datos.....	86
3.2 Diseño metodológico y técnicas de investigación utilizadas.....	88
3.3 El procedimiento durante la encuesta.....	90
La construcción y validación del instrumento.....	91
El levantamiento de la información.....	93
El análisis de los datos cuantitativos.....	95
3.4 El procedimiento durante las entrevistas.....	96
3.5 Limitantes.....	99
IV Resultados Cuantitativos: el consumo en la población.....	101
4.1 Características sociodemográficas de las participantes.....	105
4.2 Características del consumo.....	110
4.3 Percepción del riesgo.....	125
4.4 Incorporación de normas.....	128
4.5 Datos clínicos de las compradoras.....	130
4.6 Percepción de la imagen corporal.....	133

V Resultados Cualitativos: lo que importa es sentirse bien.....	136
5.1 Hay que tener energía.....	138
5.2 Siempre hemos batallado con el peso.....	159
5.3 Yo no me creo eso de la gordita feliz.....	168
VI Integración de resultados: el consumo para adelgazar desde los números a los significados.....	185
6.1 Consumo, salud y riesgo.....	185
6.2 Estrato socioeconómico, familia y trabajo.....	198
6.3 Género, desarrollo personal y habitus corporales.....	204
Conclusiones.....	213
Recomendaciones.....	224
Referencias bibliográficas.....	229
Apéndices:	
Apéndice 1: Cuestionario para la recolección de datos cuantitativos.....	241
Apéndice 2: Guía de entrevista semi estructurada.....	248
Apéndice 3: Formato de consentimiento informado.....	253
Glosario.....	256



Índice de cuadros, mapas y gráficas.

LISTA DE CUADROS:

Cuadro 1. Costos de producir un fármaco nuevo en Norteamérica (calculado en dólares).....	28
Cuadro 2. Transición de los viejos modelos produccionistas a los nuevos modelos ecológicos, en las políticas relevantes para la reducción de la obesidad.....	33
Cuadro 3. Carga global de trabajo según el tipo de trabajo y sector socioeconómico de las mujeres.....	42
Cuadro 4. Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal (IMC) en hombres y mujeres de Sonora según ENSANUT 2006.....	50

LISTA DE MAPAS:

Mapa 1. Ciudad de Hermosillo, Son.....	47
--	----

LISTA DE GRÁFICAS:

Gráfica 1: Distribución del gasto en la producción de un fármaco por tipo de gasto.....	29
Gráfica 2: Distribución porcentual del ingreso corriente total en los hogares durante el 2010.....	45
Gráfica 3: Índice de feminización del trabajo asalariado según opciones seleccionadas al 2007.....	46
Gráfica 4: Distribución de los servicios de atención a la salud en municipio.....	53
Gráfica 5: Comparación de las principales causas de muerte en mujeres en el 2005.....	54
Gráfica 6: Motivos por el que no se consume actualmente productos para adelgazar.....	102
Gráfica 7: Otras medidas para adelgazar, cuando no se consumen productos.....	104
Gráfica 8: Motivos para consumir productos para adelgazar.....	104
Gráfica 9: Estado civil de las mujeres consumidoras de productos adelgazantes.....	106
Gráfica 10: Religión de las mujeres consumidoras de productos para adelgazar.....	106
Gráfica 11: Mujeres consumidoras de productos para adelgazar que cuentan con empleo remunerado...	108
Gráfica 12: Tipo de empleo de las mujeres consumidoras de productos adelgazantes.....	109
Gráfica 13: Consumo por tipo de producto entre mujeres consumidoras de productos para adelgazar....	110
Gráfica 14: Forma de enterarse de los productos que se consumen actualmente.....	116
Gráfica 15: Percepción de los precios que pagan por los productos adelgazantes.....	117

Gráfica 16 Actividades y servicios simultáneos al consumo de productos adelgazantes.....	122
Gráfica 17 Riesgos identificados por las mujeres en los productos consumidos.....	126
Gráfica 18 Lo que se piensa de las mujeres “modelos” de cuerpos delgados.....	129
Gráfica 19 Factores que provocan reacciones alérgicas en mujeres entrevistadas.....	132
Gráfica 20 Padecimientos diagnosticados en las mujeres consumidoras.....	132
Gráfica 21 Cantidad de cirugías realizadas a las mujeres consumidoras de productos.....	133
Gráfica 22 Complejión de las mujeres consumidoras, según auto reporte.....	133
Gráfica 23 Cómo se sienten con su complejión las mujeres consumidoras de productos.....	134
Gráfica 24 El sentido del consumo del producto asociado a la salud.....	198

LISTA DE TABLAS:

Tabla 1 Colonias en las que se realizó la encuesta.....	94
Tabla 2 Criterios de inclusión tomados en cuenta para las entrevistas semiestructuradas.....	97
Tabla 3 Productos consumidos con anterioridad a los 6 meses sin mostrar efectividad.....	103
Tabla 4 Lugares de nacimiento de las mujeres consumidoras de productos adelgazantes.....	107
Tabla 5 Tiempo de residir en la localidad en las mujeres consumidoras de productos adelgazantes.....	108
Tabla 6 Afiliación a los servicios de salud de las mujeres consumidoras de productos adelgazantes.....	109
Tabla 7 Porcentaje de mujeres que consumen de uno a cuatro productos para adelgazar.....	110
Tabla 8 Pastillas y cápsulas utilizadas por las mujeres consumidoras de productos adelgazantes.....	111
Tabla 9 Nombre de las inyecciones consumidas para adelgazar.....	112
Tabla 10 Licuados, infusiones y suplementos alimenticios consumidos para adelgazar.....	112
Tabla 11 Cremas, ungüentos y geles consumidos.....	113
Tabla 12 Nombre de tenis o zapato deportivo consumido.....	113
Tabla 13 Nombre de prendas de vestir usadas para adelgazar.....	114
Tabla 14 Motivo por el que no se gestionó el producto en su centro de salud o lugar de afiliación.....	117
Tabla 15 Consecuencias de haber gestionado el producto para adelgazar en su centro de salud.....	119
Tabla 16 a Especialidad del profesional de salud que recomendó el producto.....	119
Tabla 16 b Persona o situación que recomendó significativamente el producto.....	120
Tabla 17 Aspectos que le fueron significativos a la consumidora a la hora de obtener el producto.....	120

Tabla 18 Indicaciones dadas por el “recomendador significativo” simultáneas al consumo del producto....	121
Tabla 19 Relación de kilos perdidos en el último mes por consumo de producto, según auto reporte.....	123
Tabla 20 Motivos para dejar de consumir el(los) producto(s).....	124
Tabla 21 Malestares identificados a partir del consumo del(os) producto(s).....	125
Tabla 22 Riesgo no asumibles por las mujeres en el consumo de sus productos.....	127
Tabla 23 Atribución de la importancia de la delgadez en las mujeres consumidoras.....	128
Tabla 24 Lo que las mujeres consumidoras creen que pueden hacer si un producto falla.....	129
Tabla 25 Tensión arterial de las mujeres consumidoras de productos adelgazantes por auto reporte.....	131
Tabla 26 Características personales de las mujeres entrevistadas.....	137



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Resumen

El presente estudio tuvo como propósito describir y explicar los mecanismos sociales que alientan y frenan el consumo de productos para adelgazar entre las mujeres de 30 a 45 años pertenecientes al estrato socioeconómico medio.

Se trata de una investigación realizada entre los años 2010 y 2011 en Hermosillo, Sonora, México, que se llevó a cabo con técnicas cuantitativas y cualitativas, que buscaron responder a las preguntas de investigación sobre cuáles son las características del consumo de productos para adelgazar entre la población estudiada y qué significados puede tener para estas mujeres la práctica de consumir dichos productos, como medicamentos, suplementos alimenticios y prendas de vestir y calzar.

Durante el transcurso del estudio, se obtuvo información acerca de algunas características demográficas y clínicas de las mujeres consumidoras de productos adelgazantes, así como de sus condiciones económicas, de seguridad social y psicosociales en las que ocurre el proceso de consumo de los productos, para finalmente identificar aquellos aspectos subjetivos e interiorizados que dan sentido a la práctica de adelgazar desde sus propias voces. El marco teórico conceptual sirvió para interpretar los datos obtenidos y estuvo basado en la teoría de las prácticas de Pierre Bourdieu (habitus principalmente), así como otros conceptos sustantivos a la luz de los datos de campo como cuerpo, género, estigma, riesgos en el consumo, entre otros complementarios.

La investigación concluye la presencia de mecanismos activos y poderosos para la reproducción de la práctica de consumo de productos adelgazantes, que se componen a su vez de procesos sociales emergentes en la sociedad mexicana contemporánea, así como de habitus –estructuras estructurantes interiorizadas- corporales, incorporados a partir de una dominación simbólica sobre el cuerpo de la mujer, que se consolida a partir del estrato socioeconómico y el género, entre otros factores. El estudio de este problema es un asunto que puede y debe construirse como un objeto de estudio de las ciencias sociales, para aportar a la salud pública.

ABREVIATURAS Y SIGLAS:

AGEB: Área Geográfica Básica

CANIPEC: Cámara Nacional de la Industria de Perfumería, Cosméticos y Artículos de Tocador e Higiene.

COFEPRIS: Comisión Federal para Protección del Riesgo Sanitario

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIAD: Centro de Investigación y Alimentación en Desarrollo

ENSANUT: Encuesta Nacional Salud y Nutrición

FDA: Food and Drugs Administratios

IMC: Índice de Masa Corporal

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

ISSSTESON: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora

JIFE: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

NOM o Nom: Norma Oficial Mexicana

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OSC u Osc: Organización de la Sociedad Civil

RAM: Reacción Adversa a los Medicamentos

SALUD: Secretaria de Salud

SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud

SSP: Sistema de Seguro Popular

Vgr: Verbigracia



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

INTRODUCCION

La preocupación por la forma y condición física del cuerpo humano es tan antigua como la especie humana misma. En objetos prehistóricos se han encontrado evidencias de cómo hombres y mujeres utilizaban arcilla y otros productos en el cuerpo con la intención de embellecerse y crear figuras o formas especiales en el cuerpo. Diversas culturas dan cuenta de una estrecha relación entre las representaciones del cuerpo de la mujer, la fertilidad y la estética, entre muchos otros valores y símbolos, en donde éste deja de ser una simple naturalidad biológica y se convierte en una institución, en la que se proyectan diversos sitios discursivos que se convierten en luchas por el significado. Buena parte del imaginario teológico, político e incluso ético gira en torno a las manifestaciones corporales a través de la historia (Foucault, 2005).

En la significación moderna y posmoderna del cuerpo humano, la figura de la mujer retomó el adelgazamiento como virtud que proviene de discursos antiguos como el de la iglesia. Ser delgada se retomó como un acto de gracia o belleza (Balian, 2002), virtudes espirituales (Comelles 2009, 5), femineidad (Lazar 2009, 379), cuando no de distinción (Bourdieu 1999, 257). Pero también el cuerpo de la mujer fue explorado como nunca por las ciencias biomédicas, convirtiéndose paulatinamente en el blanco de prácticas que hoy hemos heredado del surgimiento de la clínica y el proceso de medicalización (Foucault, 1983; Germaná, 1999; Gatens, 1997).

Por su parte, el Estado y los medios masivos de comunicación —como la radio, periódicos, televisión, cine y, en los últimos años, el internet— han tenido una participación especial en la promoción del adelgazamiento. Algunas veces han sido incentivados por las

instituciones oficiales de salud, con el fin de prevenir enfermedades crónico-degenerativas asociadas a la obesidad y el sobrepeso, mientras que en otras ocasiones han contribuido – sin una planeación de ello- a la reproducción de estereotipos acerca de la apariencia y la morfología humana.

Los medios juegan un papel reproductor de discursos oficiales (Bourdieu, 1994), participando decisivamente en algo característico de la modernidad: la revisión de la autoimagen de los lectores, en un juego de reconstrucciones constantes. Mientras que en su dimensión comercial, han influido para la colocación y éxito en ventas de diversos artículos para adelgazar, exponiendo al consumidor constantemente productos que en su publicidad prometen reducir tallas o peso (Mc Phail, 2002).

Los estereotipos corporales, sobre todo en las mujeres (Lazar 2009, 380) conforman el sentido de muchas prácticas de cuidado de la salud, del uso social del cuerpo y del consumo de diversos productos y servicios (Boltanski, 1975), como los medicamentos, que se promueven insistentemente, pues se requiere de la colocación masiva de éstos para recuperar lo que ya se invirtió en su producción (Laurell, 2009). Sin embargo, el consumo de dichos productos no es exclusivo del período posmoderno, así como tampoco representa una práctica generalizada ni en el total de la población, ni entre los que desean adelgazar o modelar el cuerpo, por lo que hay que profundizar más en el tema.

Las prácticas destinadas al adelgazamiento tampoco son exclusivas de las personas que en términos clínicos lo necesitan. Aunque no existen estadísticas al respecto, se sospecha, por las ganancias millonarias derivadas de la venta en la industria farmacéutica y cosmética que un gran porcentaje de la población, aunque no lo requiera, consume

productos para adelgazar. La delgadez se ha instalado entonces en lo cotidiano, en un porcentaje poblacional, que aunque se desconoce, se sospecha altamente frecuente.

Las personas buscan formas de reducir tallas, bajar índice de masa corporal, quemar calorías, etc., en un lenguaje cada vez más común y uniformado. Mantenerse delgado o bajar de peso, se ha transformado hoy día en una preocupación que se refleja en prácticas para modificar el metabolismo y la morfología corporal, la mayoría de las veces de manera efectiva o rápida. La meta es reducir: reducir el volumen, reducir la masa, reducir la talla, a veces a costa del monitoreo calórico, de entrenamientos o acondicionamientos físicos intensivos, del uso de la tecnología, del consumo de suplementos alimenticios, de la reducción de alimentos con grasas o del consumo de medicamentos, como si de forma mecánica, el cuerpo humano se sometiera a una operación matemática, en la cual, lo que se le suma, se le tiene que restar (Gracia et al 2007; Gracia 2007, 236). Hay evidencia de que en la actualidad, los servicios deportivos, que en ocasiones incluyen prácticas de relajación y masaje han aumentado dramáticamente en los últimos años, especialmente en las áreas urbanas como Hermosillo (Castaños, 2012), en donde se encuentran una gran cantidad de negocios particulares y también franquicias. Para ellos, el margen de ganancia es amplio una vez que recuperan los costos de inversión y prácticamente garantizar una clientela cautiva con estrategias publicitarias vinculadas a la capacidad de –sentirse bien”.

De la misma forma que por sus repercusiones clínicas preocupa el sobrepeso y la obesidad, en las mismas ciencias biomédicas ha aumentado la evidencia acerca del consumo inadecuado que las personas hacen de los fármacos y los cosméticos, así como ha aumentado también las investigaciones acerca de las reacciones adversas y los efectos negativos de dietas hipocalóricas, exceso de ejercicio y otras prácticas que vulneran la salud

de la población. Es preocupante también para la ciencia médica, el aumento en los trastornos de la conducta alimentaria, que en México se calcula prevalece hasta en el 3% de la población general, así como por la vigorexia, por lo que la atención a los procesos relacionados con la alimentación y la modificación del cuerpo, tienden a ser un indicador importante de la salud mental de los individuos.

Tanto en áreas urbanas como rurales de México, si bien no son mayoría los trastornos alimentarios, prevalece una inconformidad general con la forma del cuerpo entre las mujeres, o bien, con algunas partes de él. Esto se puede escuchar comúnmente en expresiones lingüísticas como “estar gorda” o “desproporcionada” (Pérez Gil y Romero, 2010, Rivarola y Penna, 2006; Piñón y Hernández, 2007). La investigación en relación a la percepción de imagen corporal y otros factores como la identidad, la presión grupal, los estereotipos de género y los trastornos de la conducta alimentaria, enfatizan cada vez más la importancia del contexto, del acceso y de las competencias o recursos personales en las interacciones del individuo con su medio ambiente social y cultural (Fox, 1999; Rudd & Lennon, 2000; Fox & Ward, 2006; Álgars et al 2009), pero también, bajo la mirada más amplia de las ciencias sociales, persiste la preocupación del acceso que pueden tener los individuos a formas diversas de mantener, cuidar y atender la salud.

En la disciplina sociológica, la distinción de clases sociales y estratos es un factor que sobresale incluso como factor de riesgo para estar delgada, suponiendo que entre más bajos sean los estratos económicos, más presa será la mujer de la posibilidad de estar “gorda” y requerir, como consecuencia, el consumo de productos y servicios para adelgazar. (Aguirre, 2007). También se cuestiona sobre la capacidad de agencia, porque, al menos en estudios feministas, se reconoce que las mujeres aunque han ganado

empoderamiento en otros ámbitos como el laboral y el legislativo, siguen presentando discursos de preocupación por la apariencia física que las frena en su desarrollo.

Wolf cita investigaciones durante los noventa que muestra un submundo secreto en aquellas mujeres occidentales trabajadoras, atractivas, exitosas, en el que predomina una noción de belleza que implica una veta que promueve la obsesión por las dietas y el terror frente al envejecimiento y la pérdida de "atractivo físico". Afirma que el uso de imágenes de belleza femenina es un arma política que detiene el desarrollo de las mujeres: al liberarse la mujer de quehaceres domésticos, el mito de la belleza abarcó un terreno para consolidar espacios considerados "triviales" y desdeñados por los estudiosos de la cultura. (Mc Phail, 2002)

Mientras que el discurso de la salud pública ha sido más bien epidemiológico y con énfasis en el combate a la obesidad y la malnutrición, así como en la determinación de los complejos de causalidad (Moreno, 2007). En los estudios socioculturales y antropológicos, la investigación ha crecido en relación a la identidad corporal y los procesos de estigmatización de las personas obesas, además de que cada vez hay más literatura que hace una revisión de lo que ocurre en la atención a la salud bajo la perspectiva de género y de empoderamiento, pero que a su vez ha sido cuestionado por diversos autores por seguir repitiendo patrones estereotipados del mismo término "femenino" en la postmodernidad (Alpert & Strouse, 2005; Lazar, 2009). Además, comienza a ampliarse la comprensión acerca de cómo se dan los procesos de atención a la salud-enfermedad, la autoatención, la prevención de riesgos y de la participación de las mujeres como usuarias de los servicios de salud. Sin ignorar la influencia que la pobreza tiene no sólo en el acceso a una alimentación saludable, sino también al ejercicio y al tiempo libre para la atención de la salud personal y familiar (García et al 2001; Morales, 2007; Damián, 2010).

Los procesos de adelgazar el cuerpo, particularmente en las mujeres, no deben ser visto entonces solo bajo la mirada biomédica, sino como un complejo sistema de

disposiciones en el que, si la prioridad es la salud, se debe de ampliar el lente hacia las repercusiones que prácticas como adelgazar a través de productos puede tener para la salud pública, ya que no sólo puede tener importantes costos económicos, sino verse reflejado en la aparición –y en el mejor de los casos la prevención- de nuevos trastornos psiquiátricos.

En el siguiente capítulo, el Capítulo Contextual, se revisarán algunas políticas públicas vigentes en relación a la producción, promoción y comercialización de los productos para adelgazar, para posteriormente tratar de conocer en su dimensión epidemiológica, algunas características de las mujeres de Hermosillo, Son., objeto de estudio de la investigación.

En el capítulo 2, el Capítulo Conceptual, se describirá brevemente la propuesta teórica para comprender los procesos de adelgazamiento, así como la descripción de los principales conceptos utilizados en el trabajo.

En el capítulo 3, la Metodología y los Procedimientos, se justificará la incorporación de una metodología mixta y se describirá paso a paso cómo se incorporaron durante el trabajo técnicas cuantitativas como cualitativas. Así mismo, se describirán los instrumentos empleados y la cantidad y características de las mujeres participantes para cada etapa de la investigación.

En el capítulo 4, los Resultados Cuantitativos, se desglosarán los resultados obtenidos pregunta por pregunta en la técnica de encuesta. No se encontrarán interpretaciones de estos datos sino hasta el capítulo 6 llamado “Integración de Resultados”. Mientras que en el capítulo 5, los Resultados Cualitativos, intentaremos describir los aportes de las entrevistas hechas a mujeres consumidoras de productos para

adelgazar y se describirán algunos ejemplos de los argumentos dados en relación al consumo.

Finalmente, en el capítulo llamado Conclusiones, intentaré sintetizar los principales hallazgos de la investigación, al intentar responder a las preguntas de investigación. El resultado breve de utilizar los instrumentos metodológicos y perseguir los siguientes objetivos:

Objetivo General.

Identificar los mecanismos que operan en el consumo de productos para adelgazar en mujeres pertenecientes al estrato socioeconómico medio en el estado de Sonora.

Objetivos particulares.

- Describir las características del consumo de productos para adelgazar en mujeres que radican en Hermosillo, Son.
- Comprender los significados y la importancia de la delgadez corporal en las mujeres del estrato socioeconómico medio.

Para lograrlo, se describirá cómo se obtuvieron y manejaron los datos a fin de responder a

La Pregunta de Investigación:

¿Cuáles son los mecanismos que explican las prácticas de consumo de productos para adelgazar de mujeres de estrato socioeconómico medio en Hermosillo, Son?

Y las siguientes **Preguntas Particulares de Investigación:**

- ¿Cuáles son las características del consumo de productos para adelgazar en mujeres de 30 a 45 años que radican en Hermosillo, Son?
- ¿Qué significa la delgadez corporal para las mujeres del estrato socioeconómico medio?

Todas las personas realizamos acciones cotidianas en un margen de desempeño en el cual difícilmente nos movemos porque nuestro actuar está influenciado por estructuras sociales vigentes muy poderosas –externas e incorporadas- desde que nacemos, de las cuales en ocasiones no nos percatamos. Es difícil poder determinar el grado de influencia que tienen esas estructuras sobre una decisión aparentemente íntima o personal, como adelgazar, pero sabemos que existen una serie de factores que condicionan nuestra percepción para que la gordura o la obesidad, incluso en un cuerpo ya delgado, resulten indeseables. La forma en cómo las mujeres resolvemos en la práctica la percepción y la satisfacción corporal aún no queda claro, sobretodo en edades posteriores a la adolescencia (Pérez-Gil y Romero, 2010, Rivarola y Penna, 2006; Piñón y Hernández, 2007).

–Habría que preguntar a las mujeres cuánto tiempo dedican a la belleza y cuánto recurso invierten en conseguirla a diferencia de otras actividades cotidianas, para conocer la proporción de tiempos en sus vidas dedicadas al trabajo, la salud, la sexualidad, la familia, el cuidado personal, la belleza, etc. Estas son estadísticas que permanecen ocultas y que son necesarias para entender la cultura y el impacto de los medios en la construcción del cuerpo ideal que está vinculada al prestigio social al atribuirle un valor al tamaño y forma de sus cuerpos y a definiciones de belleza articuladas con la necesidad de aceptación” (McPhail, Op Cit.).

Mientras que para algunos, la compra y uso de productos para modificar el cuerpo pareciera ser un acto de empoderamiento, hay autores que afirman que la imagen y la insatisfacción corporal son sólo trampas que reproducen las condiciones inequitativas y estereotipadas en las que se ha colocado a la mujer como un objeto susceptible de ser

comercializado y que el discurso de los medios y de las mismas mujeres solo reafirma la postura conservadora e interiorizada, de buscar la aprobación del hombre, de forma semejante a épocas de evidente patriarcado (Lazar 2009, 396; Alpert & Strouse, 2005). Los medios, en ese sentido, solo explicitan lo que las mujeres y hombres piden.

¿Qué es lo que influye de forma significativa para que las personas decidan adelgazar y cómo deciden hacerlo? La literatura parece ser confusa al respecto, pues gran parte de la investigación se centra en la etapa adolescente de las mujeres y al parecer es difícil establecer propensiones sociodemográficas (Álgars *et al* 2005; 2009). Mientras que por un lado la delgadez es realmente un sello distintivo y de “belleza” en la clase social alta (Bourdieu 1999, 502) existe evidencia de una alta tasa poblacional de sobrepeso y obesidad en mujeres pertenecientes a clase media y alta (ENSANUT, 2006) en el mismo Estado.

Poco se conoce acerca de la experiencia subjetiva en la cual las mujeres interpretan y significan la información proveniente de las estructuras sociales y de cómo influyen a su vez ellas mismas sobre el capital social o lo transforman, a lo cual Bourdieu denominó habitus. Si los habitus, entendidos como las pautas estructurantes que demandan a su vez a las estructuras la normalización de las prácticas, dan sentido a que las mujeres deseen tener un cuerpo delgado y exijan productos y servicios para satisfacer esta necesidad, habría que cuestionar cuáles son los habitus corporales capaces realmente de incentivar o frenar las prácticas de consumo en las mujeres, ya que , en la vida cotidiana, sólo algunas consumen lo que los medios ofrecen y otras no. Además, la literatura debería de ser más generosa al investigar por qué algunas identifican riesgos antes de consumir y otras en apariencia no, y más allá, por qué algunas demandan servicios e información para cuidar su salud y otras no.

Por otro lado, si la respuesta única para el consumo fuera la necesidad de aceptación o aprobación social, ¿será posible que el comportamiento de consumo se sostenga hasta edades posteriores a los 40 años en las que la mujer supone una madurez y autonomía considerable? Habría que preguntarnos también por qué la reducción de talla -de peso, o de IMC- es algo que para algunas mujeres puede ser sinónimo de orgullo y socialización, particularmente con otras mujeres, mientras que para otras, la experiencia queda circunscrito a un ambiente de sigilo o discreción. No todas las mujeres usan productos para adelgazar sintiéndose insatisfechas con su cuerpo, sino también para mantenerlo en un estado “ideal”, mientras que la mayoría de las mujeres, independientemente de si consumen productos o no, y a lo largo de diversas culturas, poseen una alta insatisfacción corporal. ¿Puede entonces la satisfacción –o insatisfacción- ser un parte de un mecanismo poderoso que facilita el consumo?, ¿existirán mujeres que sintiéndose satisfechas sean capaz de consumir también los productos y buscar adelgazar aún más?. La insatisfacción ha quedado demostrada que se trata de un factor presente a lo largo de varias culturas y que debiera de considerarse entonces normal, pues ha demostrado estar presente demográficamente en una mayoría, es decir, en una normalidad estadística (Schütz, 2010). ¿Puede entonces la simple mayoría estadística en una población apuntalar la condición de normalidad?, ¿Estas tendencias mayoritarias pueden ser consideradas en sí mismas saludables, o libres de riesgo a enfermar?

Si son los mismos habitus los que reproducen nuestras prácticas para adelgazar, pero a su vez las mujeres tenemos capacidad de agencia para modificar en lo subjetivo esas estructuras con el intercambio de estrategias diarias, ¿con qué argumentos o razones las mujeres consumen o no productos para adelgazar?, ¿cuáles son los mecanismos políticos,

sociales o sanitarios que impedirían en algún momento el consumo, desde los argumentos de las mujeres?, ¿cuáles lo estarían incentivando?, ¿qué papel jugará el ambiente laboral y las presiones profesionales de las mujeres contemporáneas?, ¿será distinta la presión por estar delgada en mujeres con la experiencia de la maternidad que en mujeres sin hijos?, ¿cómo compiten en el mismo campo factores como el tiempo libre, la necesidad percibida de moldear el cuerpo y la efectividad de los llamados “productos milagros”?

Descubrir cuáles son los mecanismos imbricados en la necesidad de adelgazar y la compra de productos para ello, así como de la forma en la que las mujeres interiorizan estos procesos, son aspectos que el científico social puede analizar con detenimiento en los discursos de las consumidoras, las farmacéuticas y el sistema de salud, ya que, detrás de los argumentos y explicaciones que pudieran parecer evidentes en lo social, siempre existe una doble lectura que aporta una visión subjetiva del tema (Bourdieu *et al*, 1975).



EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

I CONTEXTO

1.1 El contexto socio-histórico

Las prácticas de modelamiento y culto al cuerpo, se han desarrollado durante toda la historia de la humanidad. Es durante el período moderno que símbolos como la vitalidad, energía, dinamismo y salud, forman parte del nuevo sentido que adquieren en lo personal el modelamiento corporal y el consumo de bienes y servicios para adaptarse a una época que asumía una filosofía " *joven, deportista, (de saber) vestirse y saber danzar los ritmos de moda y ser moderno*" (De Castro, 1998). Norbert Elias (1987) describe un proceso de relajación moral en el que las prácticas y representaciones asociadas al deporte, tiempo libre y productividad, tienen un papel determinante para establecer las nuevas pautas de consumo de bienes y servicios. Poniendo como ejemplo el uso del traje de baño, narra cómo a partir de la década de los 20's durante el siglo XIX, la industria de los cosméticos, de la moda, de la publicidad y del naciente cine, empieza a ser parte de la vida cotidiana de las mujeres, empezándose a valorizar el cuerpo sano, firme y atlético:

–En el siglo XIX caería en el ostracismo social la mujer que usase en público los trajes de baño hoy en día usuales. Pero este cambio, y con él toda la difusión de deportes entre ambos sexos, presupone un patrón muy elevado de control de impulsos. Sólo en una sociedad en la cual un alto grado de control es esperado como normal, y en la cual las mujeres están, de la misma manera que los hombres, absolutamente seguras de que cada individuo está limitado por el autocontrol y por un riguroso código de etiqueta, podían surgir trajes de baño y deporte con ese relativo grado de liberalidad. Es una relajación que ocurre dentro de un modelo civilizado" (Elias, Op. Cit.)

Una generación después de los 20's, durante la década de los cincuenta, en un contexto posterior a la guerra, es posible identificar en Norteamérica un proceso importante de expansión de tiempo libre y explosión publicitaria. Ser "deportista" pasa a ser un

imperativo cotidiano de las sociedades contemporáneas, volviéndose los planes vacacionales y de veraneo cada vez más accesibles, y con él, la preocupación por el uso social del cuerpo y la exposición de algunas partes de él, nunca antes hecha. Durante ésta década también se dio la intensificación de las prácticas de higiene, a través del binomio belleza-deporte, que en algún momento empezara a ser promovido por el personal de salud, pero posteriormente se viera reforzado en imagen por los medios de comunicación, incorporándose a la vida cotidiana lo que hoy llamamos “productos de higiene personal”, jugando un papel preponderante para establecer nuevos hábitos corporales y de consumo.

Durante la década de los 70's surgieron nuevas prácticas de atención al cuerpo y a la salud, a partir de la revolución sexual y movimientos feministas, en donde el cuerpo fue develándose entre representaciones asociadas al poder, posesión, transgresión y liberación. El vestuario se fue volviendo cada vez más flexible, las faldas se fueron reduciendo y la valorización de las piernas y las líneas largas, ganaron supremacía sobre las curvas. Avanzó durante éste período el proceso de reducción de las curvas acentuadas en la imagen corporal de la mujer en los medios de comunicación masiva, mientras que en la industria cosmética, aparecieron nuevos conceptos que hubieron de “ayudar” a las personas a monitorear sus propios procesos corporales y “corregir imperfecciones” (De Castro, 1998).

Los medios de comunicación en su proceso de expansión jugaron un papel importante, no sólo en la promoción de productos para esculpir, moldear, controlar y satisfacer “conquistar, finalmente- el cuerpo, sino también para generar consensos acerca de lo que es bello y es sano. Se inicia aquí la fusión entre lo que inicialmente fue promovido desde la medicina como sinónimo de salud “estar esbelto y hacer ejercicio- con el capital ganado por la industria cosmética y de la moda. Reducir el cuerpo, estirarlo hasta

conocer sus límites, serían parte de las nuevas preocupaciones modernas. Es justo en este período donde se incrementan aceleradamente los primeros casos de anorexia y la mirada psiquiátrica consensuaría por primera vez en 1978 en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y en 1980 en el Manual de Trastornos Mentales II (DSM-II), los trastornos de la conducta alimentaria como entidad nosológica individualizada.

La década de los 80's es sin duda el período en el que los cuerpos dejan de ser expuestos en fechas especiales como el veraneo, para ser exhibidos en la cotidianidad. El vestuario, maquillaje, gimnasios y servicios de diversión urbana, dan cuenta, tanto en su publicidad, como en el volumen de consumo, que la preocupación corpórea se generaliza y va dominando nuevos campos, como el nutrimental. Durante éste período aparece el concepto "Diet" y con él la asociación al desnudamiento público del cuerpo, "Híbre de complejos". El discurso médico acerca de la nutrición comienza a aumentar capital, al grado de atribuírsele en la década siguiente (90's) la creación de toda una "cultura de la comida light" (La Jornada 09/02/2007; Pérez, 2011; Sandoval *et al*, 2009; Gracia, 2007).

1.1.1 El contexto biomédico y farmacológico.

La necesidad de bajar de peso o reducir la obesidad, aparece constantemente en el discurso de los sistemas oficiales de salud y en la literatura científica biomédica, pues se encuentra vinculada a una política pública en la que se toma éste indicador como una variable causal de otras enfermedades mortales y se constituye como uno de los retos más grandes en la salud pública desde el siglo XXI. La investigación biomédica, desde el siglo pasado, estableció asociaciones epidemiológicas entre la obesidad y el sobrepeso y un gran número

de enfermedades crónico-degenerativas. Adelgazar se volvió desde entonces un imperativo de salud pública.

La OMS, reporta que en el 2005, aproximadamente 1,600 millones de adultos en el mundo tuvieron sobrepeso y al menos 400 millones de adultos fueron obesos. La prevalencia de obesidad está todavía incrementando dramáticamente. Se calcula que para el 2015, aproximadamente 2,300 millones de adultos tendrán sobrepeso y 700,000 millones serán obesos (Da Silva et al, 2010).

La obesidad y el sobrepeso, así como el peso considerado "normal" se suele medir en el enfoque biomédico a partir del Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC fue descrito y publicado por primera vez por L. Adolph Quetelet en 1871 y consiste en el resultado de dividir el peso en kilogramos de la persona, entre la estatura en metros elevada al cuadrado. El IMC considerado normal, es el que se encuentra por arriba de 18 y por debajo de 25. Un IMC de 25 a 29.9 determina que una persona tiene sobrepeso, mientras que un IMC mayor de 30 es sinónimo de obesidad (Ávila y Tejero, 2010). Dentro de la misma obesidad, suelen asignarse 3 tipos de diagnósticos, la obesidad tipo I que se diagnostica para pacientes con IMC de 30 a 34.9, la tipo II para pacientes de 35 a 39.9 y la tipo III o extrema, cuando el IMC es mayor a 40.

Las personas con sobrepeso y obesidad poseen un riesgo mayor para una variedad de enfermedades cardiovasculares incluyendo hipertensión, enfermedades coronarias, derrame cerebral y enfermedad arterial oclusiva periférica (Evgeny et al 2008,76). De acuerdo a un estudio de cohorte en Estados Unidos realizado por South *Et al* (2006), las complicaciones médicas de la adiposidad incluyen la hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades pulmonares y cánceres. Entre los procesos fisiopatológicos que podrían

mediar plausiblemente entre IMC y el riesgo de muerte están la resistencia a la insulina, anormalidades lípidicas, alteraciones hormonales e inflamación crónica. Se estima que el riesgo de muerte en una persona norteamericana en la adultez media con exceso mayor a 30 IMC, es de 20 a 40% mayor que el de una persona sin sobrepeso. Pero la obesidad, desde la mirada biomédica, afecta también otras esferas menos evidentes en la calidad de vida de las personas, como el balance postural, la motricidad y el equilibrio (Southard et al 2010, 179), el deterioro de la función muscular respiratoria, la intolerancia al ejercicio y la dificultad para respirar durante el sueño (Murugan & Sharma, 2008).

La pérdida de peso o adelgazamiento, está considerado entonces como el paso inicial en materia clínica para ayudar a prevenir o controlar las consecuencias de la obesidad. A pesar de la evidencia que existe de la supremacía de la eficacia a largo plazo de tratamientos como la modificación de la dieta y el ejercicio para la reducción de IMC, no solo porque ayudan a nivelar la glucosa y la grasa a través de diferentes mecanismos sin requerir antioxidantes, sino porque resultan una alternativa relativamente económica, algunas personas tienen contraindicado el esfuerzo físico, no pueden modificar la dieta o no pueden perder peso a pesar de hacer lo recomendable por los médicos, para ellos, la medicina ofrece como alternativa los procedimientos quirúrgicos y farmacológicos (Zoeller 2007, 437; Apovian 2000, 8; Davis 2006, 560) que son cada vez es más frecuentes en los hospitales públicos y privados de México.

Ejemplos de procedimientos quirúrgicos, son: la banda gástrica ajustable -que consiste en una colocación de silicón alrededor del estómago-, el bypass gástrico -que consiste en el engrapado del estómago hacia un trozo de intestino delgado con material de titanio- y el balón o globo gástrico -que consiste en una inserción de un dispositivo que se

infla con una solución salina dentro del estómago-. Dichos procedimientos son recomendados para pacientes con IMC de 40 o más, solo cuando los tratamientos nutricionales y de ejercicio han fallado, según la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (Abud, 2011).

Pero las cirugías están contraindicadas para una gran cantidad de casos también. Se consideran contraindicaciones absolutas: las enfermedades inflamatorias del intestino, tumores malignos, cirrosis hepática, enfermedad coronaria con insuficiencia cardíaca, trastornos psiquiátricos graves, alcoholismo, drogadicción y retraso mental, en el caso del bypass no se puede aplicar a pacientes con deficiencias en la absorción de vitamina B12, folate y hierro (Bernal, 2011) y en el balón gástrico el paciente tiene que ser intervenido de nueva cuenta antes de los 6 meses ya que se trata de una cirugía laparoscópica temporal y durante ese lapso se espera que el paciente modifique sus hábitos y estilo de vida.

Se calcula que uno de cada trescientos pacientes muere a partir de las cirugías gástricas para conseguir el adelgazamiento. Los datos estadísticos asociados al procedimiento quirúrgico de desviación gástrica incluyen: falla de la pérdida de peso (cerca del 10%), alguna complicación de la cirugía (el 10% - el 15%) y complicación peligrosa para la vida (cerca del 2% - el 3%). (Bariatric Surgery Specialists, 2011). Estos procedimientos quirúrgicos se ofrecen actualmente en el sistema oficial de salud en México y también entre el mercado de hospitales privados, en donde tienen un costo económico de entre 40 y 160 mil pesos, aproximadamente (Expo Salud e Imagen, 2011).

Dado que el costo de la intervención es elevado, tanto los pacientes como las instituciones de atención a la salud, deben recurrir, sólo cuando la dieta y el ejercicio ya fracasaron, a los medicamentos para adelgazar. Los fármacos para adelgazar, como

cualquier medicamento, pasa por un largo proceso de prueba antes de ser comercializados para tratar de garantizar su seguridad y eficacia.

Pudiendo ser drogas o medicamentos biológicos, los medicamentos para adelgazar se producen a través de ensayos clínicos que constan de 4 fases, después de haber sido probados con animales: La fase 0 o preclínica es donde se toman mediciones clínicas iniciales de los sujetos participantes. La fase 1 consiste en la prueba de seguridad en humanos, ésta tiene como finalidad establecer la dosis y el rango de consumo y deben de participar en ella de 30 a 100 voluntarios sanos. La fase 2 consiste en la prueba de eficacia, sirve para calcular las dosis óptimas y los efectos secundarios, a partir del suministro del fármaco a una población de 50 a 300 pacientes. La fase 3 es para probar la seguridad y eficacia, involucra una población grande y diversa –de 3,000 hasta 10, 000 pacientes- y sirve para comparar el tratamiento nuevo con otros tratamientos existentes. Finalmente, la fase 4, consiste en el estudio de postmercadeo, en donde se sigue la evolución de los pacientes para calcular riesgos y beneficios en poblaciones diversas.

Como es de esperarse, el costo de producción de un fármaco, es elevado. Se calcula que la industria farmacéutica invierte alrededor de 800 a 2000 millones de dólares por cada medicamento nuevo que sale al mercado. La distribución aproximada de millones de dólares por cada una de las fases de ensayos, se describe en el siguiente cuadro:

Cuadro 1
Costos de producir un fármaco nuevo en Norteamérica (calculado en dólares)

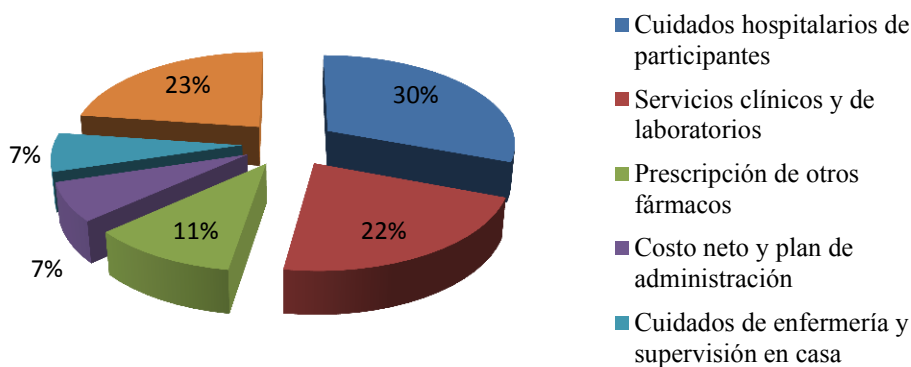
Fase de Pruebas	Gasto Promedio (millones de dólares)	Probabilidad de entrar a la siguiente fase	Costo ajustado a fracasos	Costo ajustado por riesgo y gasto de capital
Preclínica			\$ 121.0	\$ 335.0
Clínica				
Fase I	\$ 15.2	.215	\$ 70.7	\$ 141.4
Fase II	\$ 23.5	.303	\$ 77.6	\$ 139.7
Fase III	\$ 86.3	.685	\$ 126.0	\$ 163.9

Total	\$ 125.0		\$ 281.9	\$ 444.9
Estudios con animales	\$ 5.2	.685	\$ 7.60	\$ 13.7
Costos totales (preclínica y clínica)			\$ 402.9	\$ 793.7

Fuente: Dimasi Et al., 2003. The price of innovation: new estimates of drug development cost. Journal of Health Economics 22 (2003)151-185

Tras el gasto económico que la industria farmacéutica realiza para sacar al mercado un producto, las empresas y firmas productoras de medicamentos se encuentran con la dificultad de que las patentes de los medicamentos, derivadas de la propiedad intelectual, por lo regular duran menos de 24 meses, antes de que la fórmula química pueda ser copiada y reproducida por cualquier otro laboratorio, sin haber invertido en sus pruebas clínicas. Esto lleva a las compañías farmacéuticas a desplegar una serie de campañas de posicionamiento de sus productos, a fin de comercializar rápidamente los medicamentos y recuperar las ganancias invertidas en la producción. Los gastos de promoción y publicidad de un producto en los medios masivos, se estima que se trata en realidad de menos del 1% del gasto total de producción, que, en la siguiente gráfica, queda comprendido dentro del rubro “otros gastos”, donde se incluyen servicios dentales, cuidados en la casa de los sujetos participantes, productos médicos durables, medicamentos de venta libre, actividades de Salud Pública, investigación y construcción, entre otras actividades.

Gráfica 1
Distribución del gasto en la producción de un fármaco por tipo de gasto



Elaboración propia. Fuente: Wyszynski, 2011. Los misterios de los ensayos clínicos. Taller de Farmacoepidemiología. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

La industria farmacéutica se ve obligada a lanzar campañas de difusión de los productos a fin de recaudar ganancias tras las inversiones millonarias y cada vez se posiciona entre los medios de comunicación con lenguajes verbales más persuasivos y medicalizados, pues la comercialización ya del producto no garantiza su permanencia en el mercado, ni siquiera durante el período de patente si éste empieza a generar señales de reacciones adversas, lo cual debe ser reportado a las autoridades correspondientes por el sector salud o los mismos usuarios.

El primer medicamento promovido contra la obesidad, llamado Dinitrofenol, apareció en Estados Unidos alrededor de 1930, es ejemplo de cómo las reacciones adversas son motivos importantes y suficientes para dejar de comercializar un producto. En 1935, tan solo 5 años de empezarse a comercializar, fue retirado del mercado por asociarse a cataratas, ceguera e hipertermia fatal (Palop *et al* 2006). Tras el Dinitrofenol, siguió una larga lista de fármacos cuyos fines fisiológicos han buscado desde la supresión del apetito hasta la metabolización de la grasa, y que en su momento, cada uno ha ido teniendo una enorme aceptación en Norteamérica, reflejada en el volumen de ventas y en la comercialización, incluso sin prescripción médica (Dunican *et al* 2007, 367).

Evgeny *et al* (Idem 2008, 75) en una revisión de los conceptos farmacológicos actuales para el tratamiento de la obesidad en los adultos, describen que las terapias farmacológicas combinadas –medicamento + dieta o medicamento +ejercicio- no han demostrado ser mejor que la monoterapia o el consumo sólo de fármacos. En un estudio comparativo, los autores revisan las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) más utilizados actualmente en la biomedicina para adelgazar: sibutramina, orlistat y rimonabant. Ellos encuentran que la Sibutramina provoca deshidratación, cefalea, constipación,

insomnio y aumento de la presión sanguínea. El Orlistat genera heces oleosas, flatos y urgencia para defecar, mientras que el Rimonabant náuseas, mareo, diarrea, insomnio, depresión e ideas suicidas. Los autores recomendaron suprimir el uso del Rimonabant, por el hecho de ser bloqueador irreversible de las lipasas pancreáticas y digestivas, así mismo, hicieron hincapié en monitorear los efectos hipertensivos de la sibutramina, al ser agonista de los canales de calcio, pues conlleva un riesgo asociado mayor en el sistema cardiovascular.

En otra investigación sobre riesgos de los medicamentos para adelgazar, Da Silva et al (2010) analizó a través de un *ensayo cometa* y pruebas de micronúcleo el comportamiento genético en ratones suizos tras las administraciones de sibutramina y fenproporex, encontró que el fenproporex, al ser derivado de las anfetaminas, puede producir malformaciones cardíacas congénitas, atresia biliar, riesgo aumentado de padecer paladar hendido (palatoestafiloquisis), anencefalia, microcefalia, retraso mental y bajo peso al nacer.

El uso indiscriminado de estos fármacos, asociado a periodos prolongados de uso terapéutico, sugiere que pudiera incrementar los rangos de daño genético y éste relacionarse con carcinogénesis, es decir, los fármacos pueden incrementar el índice de cáncer de la población expuesta, aunque el daño de ambos fármacos se puede explicar en la genotoxicidad que producen al intervenir en el estrés oxidativo que producen en las células, así como el incremento del calcio. Los autores concluyen la investigación recomendando el uso de antioxidantes aunado al tratamiento para adelgazar y reiterando la necesidad de información acerca de las RAM's provocadas por el uso crónico de los medicamentos.

Es importante señalar que aunque el rimonabant y la sibutramina han sido retirados del mercado mexicano, no existen investigaciones actuales dedicadas a monitorear las RAM's en personas que fueron usuarias durante el tiempo que se suministró. Existen, además, otras sustancias activas que no sólo circulan libremente (sin obligatoriedad de prescripción médica) en México, sino que además, el sistema de monitoreo y registro de RAM's ha sido señalado reiteradamente como deficiente.

El volumen de ventas de los supresores del apetito y otras sustancias asociadas a las anfetaminas, es multimillonario. Cada año, la industria farmacéutica reporta ganancias en mercados mundiales y con ello la expansión de nuevos productos a colocar en los mercados médicos. Ya desde el 2001, el Xenical, nombre comercial del orlistat, figuró entre los 5 medicamentos más vendidos a nivel nacional según la OPS (2002), y en cuanto a ganancia comercial, se calcula que sólo es superado actualmente por medicamentos como el Viagra y los tratamientos contra el cáncer (Industria farmacéutica, 2010).

1.1.2 El contexto político y comercial

Si bien las investigaciones acerca del sobrepeso y la obesidad han señalado como principal factor de riesgo –cuando no causal- a los estilos de vida de las personas, éste enfoque es severamente cuestionado por las ciencias sociales y la medicina social como política pública para el manejo de la salud de los individuos, ya que se responsabiliza a la persona de sus padecimientos por los hábitos generados en sus intercambios diarios, desvinculando al Estado de la responsabilidad de acceder y mantener un cuerpo saludable en la población. El estilo de vida como argumento de los sistemas de salud es discutido entonces porque

tiende a colocar el lente de la *etiología* en el individuo y a depositar en el mismo las medidas de abordaje y tratamiento de la enfermedad (Comelles, 2010; Arizaba. 2007; Urquía, 2006), cuando las causas son multifactoriales y socioculturales.

Lang y Rayner (2005) analizando los modelos de salud pública que han tenido vigencia en Europa, afirman que la atención a los problemas de sobrepeso y obesidad no han sido tratados con la interdisciplinariedad merecida en los sistemas de salud y sugieren que los riesgos emergentes derivados del postmodernismo deben tener un trato flexible por parte de las instituciones de salud, en donde, la responsabilidad de la enfermedad esté compartida entre los actores de la comunidad, para su etiología y para su tratamiento, a partir de estrategias como la participación ciudadana. Los problemas de salud, como la obesidad, forman parte de un complejo sistema de políticas públicas que habría que ajustar, como lo han hecho algunos países de primer mundo en Europa, para reducir sus tasas de mortalidad. En el siguiente cuadro, los autores sugieren algunas formas de abordar la reducción de la obesidad a través de intervenciones públicas e investigaciones ecológicas:

Cuadro 2
Transición de los viejos modelos produccionistas a los nuevos modelos ecológicos,
en las políticas relevantes para la reducción de la obesidad

<i>Area política</i>	<i>Enfoque del “viejo” modelo produccionista</i>	<i>Enfoque del “nuevo” modelo ecológico de salud pública</i>
Económica	Incrementar la producción y suplirla por aplicación de la ciencia y capital. Eficiencia + reducción de costos proveen asequibilidad.	Crear factores de largo plazo en todas las actividades económicas. La seguridad de abastecimiento a largo plazo es una clave para la sustentabilidad.
Precio	La comida barata incrementa el rango de asequibilidad.	La comida barata incrementa los costos ambientales y de salud, enviando el gasto a otros presupuestos. Se necesita la compensación para los consumidores de bajo ingreso.
Consumidor	Las personas tienen derecho a escoger qué consumen. Hay que maximizar entonces el rango de elección de productos y servicios.	Los ciudadanos requieren habilidad para escoger qué consumen y necesitan también ser protegidos con respecto a lo que consumen y se les oferta en productos y servicios.
Cadena de suministro	Hay que incrementar la cantidad de productos y esto lo abarata.	Hay que proporcionar calidad y sustentabilidad.

Salud	La salud emana de la prosperidad, disponibilidad y buena distribución. Al aumentar la prosperidad incrementa el acceso a bienes y servicios.	La salud-enfermedad surge en su totalidad de la cadena de suministro. Los indicadores de trastornos enfatizan la importancia de cómo la comida está siendo cultivada y llevada hasta los consumidores.
Medio ambiente	No se debe perturbar las fuerzas de mercado. Hay que fomentar la gran cadena de abastecimiento, que tendrá como consecuencia un alcance global para consumidores adinerados.	La cadena de abastecimiento debe ser creada pensando en las prácticas alimentarias. Las cadenas de abastecimiento pequeñas fueron posibles en lugares donde se incentivó el bio-regionalismo.
Transporte	Transporte automatizado contaminante. Acceso motorizado con hidrocarburos a la comida. Cadenas de distribución global/internacional habilitan el abastecimiento global de productos alimenticios.	Transporte ecológico. Incentivación del balance entre la comida y el ejercicio físico. La comida es vista como combustible fisiológico y de salud. La actividad física se integra en la vida cotidiana (viajes al trabajo, escuela, tiendas, etc.).
Política social	El estado es responsable de crear más servicios de seguridad y protección social.	Participación de la Población. El estado debe actuar estratégicamente como un potencial de corrección ante el desbalance entre las fuerzas sociales e individuales.
Moralidad	Los individuos deberían ser responsables de la comida dentro de las reglas del mercado.	La responsabilidad social debería estar basada en la ciudadanía.
Coordinación de las políticas	Economías al mando. Atención fragmentada del problema, toma de decisiones especializada.	Metas sociales tan significantes como otras metas políticas. Nuevos mecanismos para la integración de políticas que competen a diferentes sectores y niveles de gobierno (Ejemplo, creación de Consejos de políticas).

Fuente: Lang, Tim & Rayner, Geof. 2005. Obesity: a growing issue for European policy? Journal of European Social Policy 15: 301-327

En México, las políticas de producción de alimentos, las de comercialización, las de prevención de riesgos sanitarios y las de atención a la salud, se encuentran federalizadas y desvinculadas entre sus instituciones en el aparato gubernamental, además de que, ante la falta de investigación básica en el país, la mayoría de los planes y acciones de prevención se generan a partir de las alertas en otros países como Estados Unidos (Sandoval *et al*, 2009).

Dentro del mismo sistema de salud no se goza de una cobertura universal de atención a la salud, ni un solo modelo institucional para la prestación de servicios, lo cual dificulta no solo la investigación, sino también la intervención en el grueso de la población (Damián, 2010). Además, al tratarse de un sistema federalizado, relativiza los esfuerzos que se hacen en materia de atención primaria al interior de las instituciones, por tener

presupuestos y programas etiquetados, lo cual trae como consecuencia que un gran porcentaje de individuos y familias, con necesidades concretas de atención a la salud, terminen afrontando sus enfermedades –como la obesidad- a través del gasto económico de sus bolsillos (Frenk, 2005).

Generalmente la atención a la salud está centrada en la enfermedad, se delega y reduce a los centros de atención médica y hospitalaria, dejando de lado la oportunidad de eslabonarla con otros servicios de *atención primaria*, como la infraestructura pública, la eliminación de riesgos al aire libre o las políticas de financiamiento para el acceso a alimentos nutritivos. Es infrecuente también la participación ciudadana en México para realizar proyectos integradores en materia de salud y prevención de enfermedades, a excepción de la lucha que varias Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) han emprendido en materia de salud reproductiva (Álvarez, 2002) y del cuidado de producción de alimentos no modificados genéticamente (Sandoval *et al*, 2009).

Por otro lado, existe un enorme capital económico en juego que dificulta el consenso acerca de las políticas públicas –ideales” a seguirse en la investigación y la atención a la salud. La investigación en salud es un tema controversial para los intereses públicos y privados, pues la industria farmacéutica, por su poder económico, está asociada al financiamiento de la investigación en el país y, por ello, al sesgo en los resultados de ésta, a la determinación de las políticas públicas sobre los padecimientos, el encarecimiento de los tratamientos de atención a la salud en los casos que verdaderamente requieren prescripción médica o intervención quirúrgica y la perpetuación de la cultura de medicalización (Laurell, 2010; 2007; 1982). Los servicios privados de salud y específicamente las prescripciones médicas a los pacientes, por ejemplo, están directamente

relacionados con promociones y regalos que la industria farmacéutica hace al personal sanitario, derivando en dilemas éticos sin resolver para la comunidad científica (Power 2007).

Al mercado farmacéutico mexicano se le califica como el mercado más grande y caro de Latinoamérica en su tipo, sobre todo desde 1993, fecha en que se liberaron los controles de los precios (Molina et al 2009, 496). Las ganancias de las compañías farmacéuticas que consiguen seguir comercializando sus productos en el mercado son por el orden de millones de dólares. Por su parte, la industria cosmética, según la Cámara Nacional de la Industria de Perfumería, Cosméticos y Artículos de Tocador e Higiene (CANIPEC), genera ganancias hasta de 3,700 millones de dólares por año, de los cuales 2,714 millones de pesos se ganan a partir de la colocación de productos como geles, jabones, espumas y diversos productos promovidos como benéficos para la salud (Quiminet 2004).

Junto al capital económico, se encuentra también el capital político, compitiendo en el campo del adelgazamiento. Prueba de ello es que actualmente existen más de 15 iniciativas en el Congreso de la Unión que tendrán impacto en el sector cosmético-quirúrgico. En éstas se está analizando las definiciones y el marco normativo de los productos “estéticos”, las restricciones en materia publicitaria (como el caso del uso de avales y testimoniales en los comerciales televisivos) y la obligatoriedad de contar con registros sanitarios, certificados publicitarios y otros trámites de diferenciación entre el sector farmacéutico-estético y el de salud (CANIPEC, 2010).

La Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), es el organismo responsable de la autorización sanitaria para la producción de comercialización de fármacos. Tiene entre sus responsabilidades, el seguimiento de señales de RAM's y darle cause a las denuncias sanitarias, así como regular la publicidad de los productos y servicios sanitarios (COFEPRIS, 2010).

COFEPRIS es quien debe coordinar la farmacovigilancia en el país. La farmacovigilancia es una actividad de salud pública destinada a identificar, cuantificar, evaluar y decidir riesgos de los medicamentos una vez comercializados, actividad también destinada a tomar medidas administrativas y comunicar y prevenir riesgos a los usuarios, a las empresas particulares y a los centros de investigación al respecto (Wyszynski, 2011).

Este organismo ha sido cuestionado acerca de cómo los procesos de autorización y regulación se reducen a trámites administrativos y no están siendo tareas fundamentadas por investigaciones clínicas. Se le critica además que su personal no cuenta con el perfil necesario para atender los problemas institucionales y farmacológicos del país, que tienen escasa supervisión acerca de las RAM's, como en el caso de medicamentos que en otros países ya han dejado de comercializarse –por riesgo sanitario-, y que dicha información sobre RAM's no está al alcance del público en general por tenerse que registrar a través de una página web (Laurell, 2009; Idem, 2010) y requerir equipo tecnológico para ello.

Mientras que algunos autores evalúan como deficiente el desempeño de COFEPRIS en México al compararlo con el alcance regulatorio que tiene en Estados Unidos la Food And Drugs Administration (FDA), su organismo equivalente, es importante señalar también que los recursos humanos, financieros y políticos no son en nada comparables. Tan

sólo en los recursos económicos, en el 2009, la FDA recibió de presupuesto de trabajo 2.400 millones de dólares, sin contar los ingresos que obtiene por sí misma derivada de las tasas de usuarios (Intellectual Property Watch, 2008), esta cantidad equivale al 0.21% del PIB de México, o la mitad de lo que se dedica a la protección social de salud para todo el país (Tépach 2010). Las limitaciones en el presupuesto resultan una problemática seria para el alcance de las acciones regulatorias, pero a juicio de parte del personal que labora allí, otro factor preocupante sería que la farmacovigilancia no es una actividad prioritaria dentro del abanico de las responsabilidades que maneja la COFEPRIS. Al respecto, señalan algunos verificadores federales:

—Si bien es cierto que somos un personal calificado para hacer nuestro trabajo, es importante mencionar que somos un equipo aislado del marco institucional de salud y de la misma comisión, ya que ni siquiera los mismos médicos y enfermeras, saben que tienen, por norma, que reportar las reacciones adversas a los medicamentos... entre muchas otras cosas... y dentro de la comisión, estamos facultados para reportar y para advertir, pero nuestro reglamento sanitario, no contempla sanciones ni multas a quienes no cumplen con las exigencias de la regulación sanitaria” (COFEPRIS, 2011).

Por otro lado, si bien es cierto que existen algunos mecanismos para difundir los riesgos para la salud y contrarrestar el consumo de medicamentos, estos compiten directamente con un cúmulo de información a *nivel internacional*, acerca de la eficacia de las cirugías y la efectividad de los fármacos, los cuáles se pueden obtener cada vez de forma más fácil, incluso a través de internet o cyberfarmacias (Strat-Cons. 2006). El acceso a internet no sólo ha facilitado la difusión de información al respecto, sino además ha agilizado el acceso o compra de productos nocivos para la salud. Ante ello, organismos internacionales como la Junta Internacional para la Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) emite constantemente alertas globales, pero que sólo se quedan a nivel de recomendaciones

que los países miembros de la ONU tendrían que traducir en políticas públicas locales –que incluyan legislaciones, reglamento y sanciones concretas-. Un ejemplo es el caso del envío por internet de productos del mercado retirados en México y la comercialización de sustancias que aquí se consideran ilegales (JIFE, 2009).

De la misma forma que COFEPRIS no está autorizada para establecer sanciones económicas cuando se encuentra y retira del mercado productos notoriamente nocivos para la población, a nivel de los establecimientos, es sabido que no existen mecanismos que obliguen a las farmacias particulares a vender solo bajo prescripción de un especialista (Villalobos, 2010), o bien, a sancionar económicamente cuando promueven productos sin licencia médica bajo otras etiquetas de ~~no medicamento~~”.

Pero el consumo de productos farmacéuticos y cosméticos no son los únicos factores que ponen en riesgo la salud de la población cuando de adelgazar se trata, pues se sabe altos consumos existentes de sustancias ilícitas que también funcionan como supresoras del apetito. La automedicación y el consumo de drogas consiste entonces en otros factores importantes que en ocasiones llega a convertirse en farmacodependencia o abuso de estupefacientes. En México, las estimaciones de la JIFE señalan que el 6% de la población total abusa actualmente de fármacos sin supervisión médica (ONU, 2006).

Finalmente habría que reconocer que los fármacos y los cosméticos, tan solo constituyen una parte mínima en el complejo mercado para adelgazar, cuyos productos no han sido del todo evidenciados pues se mezclan entre el mercado textil, el deportivo, el nutricional y el herbolario, de los cuales, se tiene un escaso conocimiento de cómo operan y qué participación tiene en el mercado del adelgazamiento. Averiguarlo contribuiría a

develar en el estudio del consumo, las prácticas que llevan a las mujeres a confundir la salud con otro tipo de asociaciones como la moda y la belleza (Fox & Ward, 2006), así como establecer medidas preventivas para la salud y el aumento de la información en la *perspectiva farmacoeconómica*.

1.2 El contexto contemporáneo.

Al analizar las diferencias entre el acceso a las terapias para bajar de peso y mantener una dieta adecuada, Gracia y Comelles (2007), de forma semejante a como lo hiciera Bourdieu en la distinción (Idem, 1999) hacen una descripción en profundidad de los numerosos factores que intervienen en las prácticas diarias cuando la persona pertenece a una clase social o a otra. La disciplina sociológica, ha contribuido a diferenciar entre las condiciones de riesgo para una las clases altas y para las bajas, concluyendo en más de una ocasión que mientras las personas —ricas” tienen acceso a los servicios de educación para la salud y de atención a la salud suficientes como para no enfermar, las personas —pobres”, por una amplia gama de situaciones, tienden a enfermar cada vez más por trastornos prevenibles, como es el caso de la obesidad y el sobrepeso. Las mujeres de clase alta, es más probable que estén delgadas, mientras que las mujeres de los estratos económicos bajos, tendrán más probabilidad de estar —gordas” y tener menos acceso a los servicios y productos necesarios para la atención de la salud (Aguirre, 2007).

Los investigadores sociales han contribuido a revisar la pobreza como determinante para el acceso a una alimentación saludable, al ejercicio, a la información, a los servicios de atención a la salud y al tiempo libre para la atención de la salud personal y familiar (García

et al 2001; Morales, 2007; Damián, 2010; Enríquez, 2010). Acerca del tiempo libre, Enríquez (2010), ha llevado a cabo algunas investigaciones que sugieren que la mujer latina es sujeto de riesgo de numerosos padecimientos además del sobrepeso pues el crecimiento de las ciudades y la carga laboral y familiar hacen que difícilmente tenga momentos de esparcimiento o dedicación a su propia salud, vulnerando la seguridad emocional, psicológica y salubre de ella y de toda la familia, pues culturalmente el rol de la mujer ha sido el de cuidadora de la salud en el hogar. Empleos como la investigación, la maquila y aquellos que implican poca movilización o sedentarismo, hacen que la mujer esté aún más propensa a diversas enfermedades crónico degenerativas, sobre todo cuando ésta vive bajo condiciones de estrés (García et al 2001; Morales, 2007; Damián, 2010; Sandoval y Richar, 2005).

La carga de trabajo doméstico y la carga global de trabajo es mayor para las mujeres que para los hombres a nivel de América Latina. Como sostiene Enríquez (2010; 148)

—La familia, advierte Therborn, mantiene hoy en día y en diversas regiones del mundo, una geografía del poder en la cual el patriarcado se impone ante la posibilidad de relaciones más equitativas entre los géneros. Hay también una economía de la desigualdad en la cual hay una población femenina en América Latina que no recibe ningún tipo de ingreso; en las zonas urbanas, el 43% de las mujeres no reciben ingresos y sólo el 22% de los hombres se encuentran en esta situación”

En un estudio realizado en Chile, además de reforzar la tesis de que las mujeres latinoamericanas realizan una gran cantidad de trabajos domésticos y trabajos de cuidado a la salud no remunerados, Mendel *et al* (2006) encontró que la carga global de trabajo aumenta significativamente conforme descienden los estratos socioeconómicos, de modo que en el sector alto es de 65 horas y media semanales, en tanto que en el sector medio asciende a unas 71 horas y en el sector bajo se incrementa hasta alcanzar las 75 horas y media.

Las cuidadoras que realizan ambos tipos de trabajo - remunerado y no remunerado- alcanzan en promedio las 87 horas semanales, esto es casi 13 horas de trabajo diario. Por el contrario, para aquellas que sólo se dedican a los quehaceres domésticos, el tiempo de trabajo se reduce a 63 horas semanales, alrededor de 9 horas diarias.

Cuadro 3
Carga global de trabajo según el tipo de trabajo y sector socioeconómico de las mujeres

Sector Socio-económico	Tipo de trabajo	Tiempo semanal								N
		Trabajo remunerado		Cuidados de Salud		Quehaceres domésticos		Carga global		
		Hrs	Min	Hrs	Min	Hrs	Min	Hrs	Min	
Alto	Solo trabajo no remunerado	0	0	19	59	35	25	55	24	33
	Trabajo remunerado y no remunerado	38	23	19	7	33	53	91	23	13
	Total	38	23	19	36	34	39	65	34	46
Medio	Solo trabajo no remunerado	0	0	22	30	40	53	63	22	80
	Trabajo remunerado y no remunerado	35	35	16	4	31	25	83	5	44
	Total	35	35	20	13	37	31	70	22	124
Bajo	Solo trabajo no remunerado	0	0	23	23	45	9	68	32	48
	Trabajo remunerado y no remunerado	36	34	15	51	41	55	94	19	18
	Total	36	34	21	20	44	16	75	34	66

Fuente: Encuesta sobre visibilización y medición del tiempo dedicado a las tareas de cuidado de salud no remuneradas. CEM. 2005.

La dedicación de tiempo al trabajo –remunerado y no remunerado- en las mujeres aumenta en la medida que disminuye el nivel socioeconómico de pertenencia. La máxima carga global de trabajo – alrededor de 94 horas semanales promedio- se registra en el grupo de cuidadoras de hogares de bajos ingresos. Como es de esperar, con esta carga de trabajo se dificulta destinar un tiempo específico a otras actividades, como llevar controles médicos regulares, tratamientos específicos, acompañar a hacer trámites o hacer ellas el trámite de salud para otro miembro del hogar o para sí mismas. La incompatibilidad de actividades hace entonces que muchas mujeres posterguen actividades preventivas de su propia salud.

Los estudios de distribución del tiempo en mujeres mexicanas indican también la presencia de una carga excesiva de trabajo y con ello una serie de condiciones sociales nocivas para el desarrollo de ellas, sus familias y sus comunidades e incluso ciudades o países enteros, ya que ~~la~~ falta de tiempo libre o del ocio, limita la posibilidad de la participación política, la reflexión y el intercambio de ideas” (Damián, 2010). Factores como el transporte hacia el trabajo, la dificultad para acceder a sistemas de protección social para el cuidado de los hijos, el gasto creciente para la alimentación básica en la familia, entre muchos otros, son ejemplos de situaciones cotidianas en la vida de las familias que impiden el derecho a la recreación y ocio pero además, el derecho al descanso y a la salud, estas condiciones socioeconómicas y culturales aumentan el riesgo de padecer trastornos fisiológicos, psicoafectivos, de seguridad y el surgimiento de otros padecimientos culturales (Judisman, 2009; Enríquez, 2010).

Así aunque la mujer pueda acceder hoy día a una educación profesional y posea un empleo ~~decente~~¹, continúa padeciendo culturalmente los efectos estructurales de una ~~pobreza de tiempo~~” (Gamba, 2007). En un estudio reciente sobre los usos del tiempo entre hombres y mujeres realizado por Bejarano (2012), se encontró cómo en dos municipios del estado de Sonora, con extensión territorial y población menor la de Hermosillo, los varones destinan 7 horas con 18 minutos más al trabajo remunerado que las mujeres en la semana, mientras que las mujeres dedican en promedio 12 horas con 43 minutos más al trabajo doméstico.

Ello no implica, según las conclusiones, que las mujeres laboren menos, sino que el trabajo en la mujer, como ha sucedido tradicionalmente, está asociado todavía a la jornada

¹ Entendido como sinónimo de trabajo deseable, aquel que abarca una jornada máxima de 48 horas, un salario mayor a los \$6, 000 pesos y una derechohabencia al sistema oficial de salud (Bejarano, 2012).

media o trabajo subordinado, para poder seguir desempeñando sus roles en el trabajo doméstico.

Las mujeres finalmente están teniendo una carga global de trabajo mayor a la de los hombres –independientemente del lugar- que va de las 64 a las 70 horas por semana, mientras que en los hombres va de las 58 a las 67 horas. En el mismo estudio se encuentra que las mujeres ocupan un porcentaje menor en la categoría de trabajo “decente”, que va de los 4 a los 6 puntos porcentuales de diferencia entre hombres y mujeres, así como un significativo menor tiempo “libre” para la mujer.

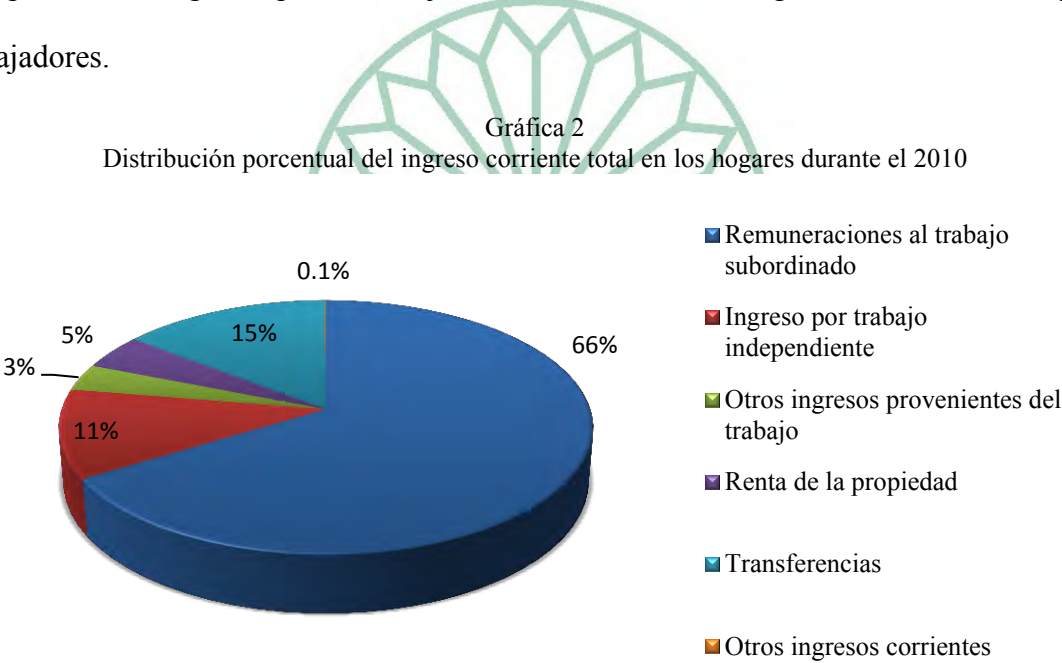
Las familias empiezan a sufrir transformaciones, generando estrategias para resolver las situaciones inequitativas de poder entre géneros y entre las otras instituciones con las que interactúan. Un ejemplo es el aumento creciente de la educación formal en la mujer, la profesionalización de trabajos anteriormente considerados domésticos como el cuidado de los niños y, en el plano marital, la progresiva informalidad de las parejas, la postergación de los matrimonios y las relaciones sexuales sin convivencia. También se puede advertir un creciente número de hogares con jefatura femenina, así como hogares con dobles o múltiples ingresos, que Enríquez (2010) explica de ésta forma:

—En América Latina... se presentan cambios importantes en la organización y estructura de los hogares; éstos tienen que ver con el incremento de hogares con doble ingreso, disminución de las familias biparentales y aumento de hogares de jefatura femenina, el crecimiento de los hogares unipersonales y cambios en la estructura de los hogares por efecto de la migración interna e internacional... Hay también una importante incorporación de las mujeres al mercado laboral en etapas de expansión y consolidación del ciclo doméstico y que demanda respuestas nuevas para el cuidado de los miembros que así lo requieren... Enfrentamos actualmente el desdibujamiento del trabajo como eje estructurador de la vida, situación que afecta de múltiples maneras la dinámica familiar y que origina formas inéditas de convivencia familiar”

El ingreso doble o múltiple en los hogares, es una respuesta emergente para que las familias puedan asegurar la satisfacción de necesidades, aunque estos ingresos no se den necesariamente a través de una sociedad conyugal. En el estrato socioeconómico medio, es

donde se puede observar cada vez más, y con mayores repercusiones, el trabajo subordinado (Universo PYME. 2011). Muchas familias de estrato medio, por ejemplo, se ven obligadas a subordinar el empleo –o emplear por medios tiempos- a las personas adultas en el hogar, a fin de mantener un estatus, o bien, lograr con ello apenas el aumento de la probabilidad de abasto de los nuevos servicios y productos considerados básicos para las transformaciones familiares.

La última Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) 2010, reveló que en México, las personas adultas económicamente activas tienen que recurrir a ingresos complementarios de trabajos independientes y de transferencias, lo cual aumenta la capacidad de ingreso, pero no mejora las condiciones de seguridad social de las y los trabajadores.



Fuente: INEGI. 2011. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010*.

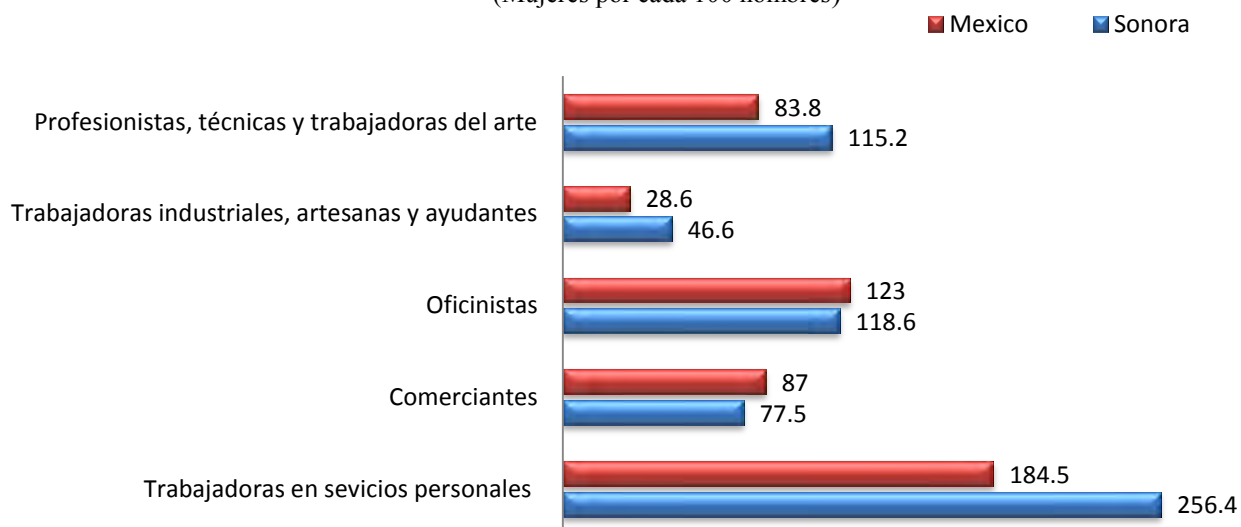
La seguridad social constituye uno de los retos poblacionales más importantes pues se calcula que más del 60% de los empleos en la actualidad para países como el nuestro, son informales (Guerrero, 2011). Los estratos económicos más afectados son los bajos y los medios, por lo que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

(OCDE) y otros organismos internacionales proponen que, particularmente sea el estrato medio al que los gobiernos atiendan de manera urgente para sumarlos a sistemas contributivos, para aumentar la capacidad de ahorro que ya tienen y para que la población quede cubierta en servicios de protección social. Esto podría conformar una estrategia deseable para todos los países latinos a fin de incentivar desarrollos locales y mejorar la economía de las naciones.

En cuanto a los empleos, el trabajo asalariado para las mujeres se da en profesiones asociadas tradicionalmente al género como puede observarse en la gráfica siguiente:

Gráfica 3

Índice de feminización del trabajo asalariado según ocupaciones seleccionadas al 2007
(Mujeres por cada 100 hombres)



Fuente: INEGI. 2007. *Las mujeres en Sonora. Estadísticas sobre la desigualdad de género y violencia contra las mujeres*. México. INEGI.
http://www.diputados.gob.mx/documentos/Congreso_Nacional_Legislativo/delitos_estados/La_Mujer_Son.pdf

Las mujeres en Sonora sobresalen en actividades profesionales estereotipadamente femeninas, por arriba de la media nacional, aun cuando la escolaridad en Sonora está por arriba de ésta. Para Damián (2010), como política social, es necesario entonces que se den 2

grandes tipos de transformaciones en zonas urbanas como Hermosillo: Por un lado, la mujer debería ser liberada de las tradiciones que le obligan a ejercer una multiplicidad de roles, encontrando soluciones colectivas financiadas por el Estado, que incluyeran el trabajo doméstico, la preparación de alimentos y el cuidado de los menores y ancianos. Y por otro, la transformación de esta realidad desfavorable para las familias tendría que darse a partir de la reorganización de las ciudades, a fin de reducir tiempos de traslados a los lugares de trabajo y generar viviendas y suburbios “modernos” en las ciudades más acordes con el tipo de trabajo necesario en las regiones y que resulten en menor desgaste físico, intelectual y emocional para las personas trabajadoras.

1.2.1 La localidad.



Fuente: <http://mexicociollo.mforos.com/1530527/10124028-fotos-de-la-ciudad-de-hermosillo-sonora>

Hermosillo, ciudad capital del Estado de Sonora, es el lugar donde se desarrolla la presente investigación. Posee una extensión territorial de 14, 880. 21 km², una densidad de población de 43.83 personas y presenta un crecimiento natural en la población del 2%. La población total en el municipio es de 662,924 personas. En él se registra una tasa de natalidad de 23.94 por año, mientras que se presenta también una tasa de defunción de 14.59 (SSP, 2003).

El salario diario mínimo en la localidad es el tipo B, correspondiente a \$60. 57 pesos (Misalario, 2012) y las actividades económicas para la población en general son diversas, encontrando actividades productivas, de transformación, pero sobretodo, de servicios. La predominancia de los servicios sobre el resto de las actividades económicas, la coloca en la clasificación de una sociedad tecnológica o derivada de la modernidad (Félix, 2001), o bien, como una sociedad en desarrollo, cuya movilización social conjuga la industrialización y la urbanización que a su vez, genera la –coexistencia de dos escalas – la tradicional y la nueva- de valuación del prestigio de las posiciones sociales, que corresponden a diferentes patrones de organización socioeconómica” (Sémblar, 2006).

Hermosillo pertenece a los municipios que conforman la extensión territorial más árida de todo el país llamada –Desierto de Sonora”. Posee un clima semiárido, con temperaturas que pueden ir desde los 15° en invierno hasta los 45° centígrados en el período de verano y con un notable problema de acceso al agua potable (Stratus Consulting Inc. *et al* 2004; El imparcial 07/05/2007). Esto que dificulta la capacidad de recreación y ejercitamiento de las personas al aire libre, pues las expone a padecimientos por las temperaturas extremas, como la deshidratación, el cáncer de piel o las enfermedades respiratorias (El Imparcial, 01/2012; 02/09/2011; 04/08/2011; 03/02/2011; 11/12/2007; 09/05/2007).

El clima, la necesidad de reuniones familiares y la añoranza cultural por la vida pasada asociada al campo y la sencillez, entre otros factores, influyen para que la alimentación sea rápida y elevada en carnes entre la población (Sandoval, 2009). La carne, tiene el 90% de preferencia sobre los principales alimentos consumidos pues es, además, un símbolo identitario que forma parte del –orgullo sonoreño”.

Tras el crecimiento reciente de viviendas y fraccionamientos (Stratus Consulting Inc. *et al* 2004) y la incorporación mayor de las mujeres al mercado laboral², sobresale también entre las prácticas de consumo alimentario la llamada comida rápida. En un estudio realizado por Sandoval *et al* (2009) se encontró que el alimento preferido entre la comida rápida está el hot dog³, seguido por las pizzas, luego las hamburguesas, el pollo frito y también el sushi. Los tacos de carne asada, pescado y cabeza de res, aunado a los platillos anteriores forman parte de las hibridaciones culinarias contemporáneas que reflejan la adopción de platillos alimentarios de otros países, pero con ellos, los riesgos para la salud y que por su carga simbólica, obliga socialmente a las personas a consumirlos en busca de la modernidad, abundancia, poder adquisitivo y diferenciación del estrato socioeconómico.

Según su encuesta, el 91% de los sonorenses coincide en que la obesidad es un riesgo para la salud que no quisieran enfrentar, pero paradójicamente alimentos como los productos lácteos, productos light, tortillas de harina, pastas, postres, mariscos, pan blanco y carnes rojas, son considerados nada o poco riesgosos para más de 50% de los participantes, lo cual indica que entre la población existe un desconocimiento acerca de cómo operan los procesos metabólicos, la obesidad y las enfermedades asociadas a ella.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) el promedio en el estado en la sumatoria sobrepeso+obesidad están por arriba de la media nacional. Las tasas de sobrepeso y obesidad afectan de manera diferenciada a hombres y mujeres, registrando que la mujer adulta es la que más padece de sobrepeso y obesidad. 77% de la población

² Para el 2010, según la ENOE, con el cambio de década, después del 2010 en México, 3 de cada 10 mujeres llegaron a ser además, jefas de hogar. (INEGI, 2011).

³ Que no es el mismo platillo tradicional estadounidense, sino uno modificado con alimentos adicionales considerados como mexicanos, como el chorizo, tocino, queso, aguacate, crema, etc. (Sandoval *et al*, 2009)

femenina adulta sonorense tiene algún tipo de exceso en el Índice de Masa Corporal (IMC) y 9 de cada 10 mujeres reportan de acuerdo a la ENSANUT obesidad abdominal. Las estadísticas son ligeramente mayores en el área rural que en el área urbana (INSP 2006), en donde el 94% de las mujeres adultas poseen cuerpos notablemente excedidos de lípidos en el área abdominal, como se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro 4
Distribución porcentual del IMC en hombres y mujeres según ENSANUT, 2006

Condición	Masculino				Femenino				Total (miles)
	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%	
Desnutrición	644.1	15.7	2.4	(1,5,8.0)	827.4	6.8	0.8	(0,3,2.3)	1471.5
Adecuado	644.1	193.3	30.0	(25,6,34.8)	827.4	179.1	21.6	(18,0,25.8)	1471.5
Sobrepeso	644.1	258.4	40.1	(35,0,45.5)	827.4	253.8	30.7	(25,7,36.1)	1471.5
Obesidad	644.1	176.7	27.4	(22,8,32.6)	827.4	387.7	46.9	(41,4,52.5)	1471.5
Sobrepeso+obesidad	644.1	435.1	67.6	(62,9,71.9)	827.4	641.5	77.5	(73,5,81.1)	1471.5
Obesidad abdominal	607.1	412.7	68.0	(61,9,73.6)	803.7	725.4	90.3	(87,0,92.8)	1410.7
Localidades urbanas									
Desnutrición	546.3	8.5	1.6	(0,6,4.3)	705.6	6.2	0.9	(0,3,2.6)	1251.9
Adecuado	546.3	168.3	30.8	(26,1,36.0)	705.6	158.9	22.5	(18,4,27.3)	1251.9
Sobrepeso	546.3	215.4	39.4	(33,8,45.4)	705.6	210.3	29.8	(24,2,36.1)	1251.9
Obesidad	546.3	154.1	28.2	(23,0,34.1)	705.6	330.3	46.8	(40,4,53.3)	1251.9
Sobrepeso+obesidad	546.3	369.5	67.6	(62,5,72.3)	705.6	540.6	76.6	(71,9,80.7)	1251.9
Obesidad abdominal	511.1	354.8	69.4	(62,2,75.8)	686.0	614.4	89.6	(85,8,92.4)	1197.1
Localidades rurales									
Desnutrición	97.8	7.2	7.3	*	121.8	0.7	0.6	*	219.6
Adecuado	97.8	25.5	25.5	*	121.8	20.2	16.6	*	219.6
Sobrepeso	97.8	43.9	43.9	*	121.8	43.5	35.7	*	219.6
Obesidad	97.8	23.2	23.2	*	121.8	57.4	47.1	*	219.6
Sobrepeso+obesidad	97.8	67.1	67.1	*	121.8	100.9	82.8	*	219.6
Obesidad abdominal	96.0	60.4	60.4	*	117.7	111.1	94.4	*	213.6

- El tamaño de la muestra fue insuficiente para realizar la estimación.

Fuente: ENSANUT 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. México. <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-salud-y-nutricion-2006.html>

Respecto al ejercicio o actividad física realizada, una de cada dos mujeres en edad adulta en Sonora –la mitad- reporta que no hace ejercicio durante la semana, mientras que sólo el 13.8% se mantiene ejercitándose por más de 5 horas a la semana. La encuesta no

indica hasta ahora una variación dramática entre un estrato socioeconómico y otro para las mujeres, tampoco entre un tipo de ocupación o seguridad social y otro.

En esa misma encuesta, el 24% de las mujeres mostró que frecuentemente les preocupaba engordar (2 o más veces les asaltaba la idea por la cabeza a la semana), mientras que el 6.9 % mencionó haber recurrido ocasionalmente al vómito después de comer como “medida” para bajar de peso. Aún con este indicador, es evidente la falta de programas públicos en la comunidad destinados a la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

La atención primaria se hace necesaria cada vez más a *nivel estatal* y aunque existen algunos programas que se empiezan a emprender con éxito para contrarrestar la influencia de los medios o el sedentarismo, éstos por lo regular se han dado a partir de la exigencia de la sociedad civil organizada y los constituyen una minoría de personas. Algunos proyectos exitosos comunitarios que ha incorporado el gobierno del Estado, a partir de la incidencia de organizaciones civiles son: los bailongos o “Zumbas” en plazas públicas y la incorporación de programas de activación y modificación de la dieta adquirida en tienditas escolares, que se dio de manera contundente a partir del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria a partir del ciclo escolar 2010-2011 (Secretaría de Salud, 2010), pero que tuvo sus antecedentes locales desde el 2007 con la aprobación de la “Ley Churrumais” (Sandoval *et al*, 2009).

Existen también a *nivel federal* y *global* el aumento de programas y proyectos de información web destinada a la promoción nutricional, a la detección oportuna y

prevención de TCA⁴, además de contarse con la vigencia de programas oficiales como PrevenIMSS, que registró la eliminación de una gran cantidad de kilos en la población con la campaña “Vamos por un Millón de Kilos”. Las actividades de PrevenISSSTE, por su parte, promueven el ejercicio, la adecuada nutrición y la tecnología para el bienestar (Sandoval *et al* 2009,173-174), pero se desconoce el impacto o alcance poblacional de dichos programas, además de estar diseñados para que sea el usuario o derechohabiente el que acuda a sus centros de salud. ¿Con qué frecuencia las mujeres que tienen la intención de adelgazar acuden a sus centros de afiliación para ser atendidas?, ¿cuál es el impacto que tiene esa atención en sus vidas?, ¿cuáles son sus condiciones de salud una vez que consiguen adelgazar? son otros factores locales que se desconoce y que forman parte de la motivación del presente estudio.

Las estadísticas reflejan más bien, que las personas por lo regular no acuden a atenderse a sus centros de salud y que, por lo tanto, el gasto de atención a la salud es absorbido por los integrantes de las viviendas. Por ejemplo, en Sonora, de acuerdo a la ENSANUT, el 30% de los usuarios de los servicios de salud no puede conseguir los medicamentos recetados en el lugar de atención. El 38% tiene que pagar por ellos y el 20% tiene que pagar para realizarse exámenes de laboratorio o gabinete, aunque estas estadísticas se encuentran por debajo de la media nacional (ENSANUT 2006). ¿Qué porcentaje respecto al consumo total de satisfactores en una vivienda representa el gasto para adelgazar? Aún se desconoce.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Egresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) 2010, se estima que, en promedio, en México se destina alrededor de 2.7% del gasto

⁴ Actualmente se conoce la existencia de una sola Organización de la Sociedad Civil en el estado, fundada en marzo de 2008, con el objetivo de prevenir, investigar y tratar patologías asociadas a las conductas alimenticias, como la anorexia, bulimia y gula (Sandoval *et al*, 2009).

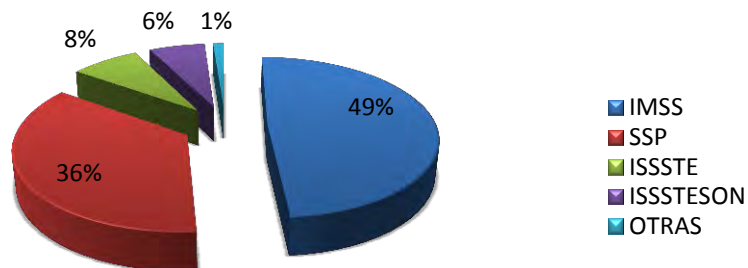
corriente de las viviendas al cuidado de la salud, 5.6% al calzado y vestido y 8.2% al cuidado personal (alrededor del 16.5% en total), pero éstos porcentajes no especifican cuánto en realidad es lo que se destina sólo al propósito de adelgazar, aunque ante el aumento de ganancias de la industria farmacéutica, se intuye que las personas siguen consumiendo en México enormes cantidades de medicamentos financiados en su mayoría de forma particular (Molina *Et al* 2002).

1.2.2 Las mujeres de 30 a 45 años.

Las mujeres de 30 a 45 años que se calcula existen en la localidad son alrededor de 74, 843 personas. 29, 892 corresponderían al quinquenio de edad de entre 30 a 34 años. 25, 166 del grupo entre 35 y 39 años y 21, 594 del grupo entre 40 y 44 años (SSP, 2003). Las que poseen algún tipo de seguridad social o afiliación a servicios de salud, pueden ser atendidas en la ciudad -sin requerir viajar- pues en ella se encuentran todas las instituciones pertenecientes al *Sistema de Salud Pública* del país.

Para el 2006, la población femenina sin seguridad social entre los 30 y 44 años equivalía a 47, 604 mujeres, tan solo en el municipio de Hermosillo (SALUD, 2006). Para las que sí poseen una afiliación al sistema de seguridad social, la distribución porcentual de la derechohabiencia según la nómina registrada al Estado, se presenta en la siguiente forma:

Gráfica 4
Distribución de los servicios de atención a la salud en el Municipio, según nómina, hasta el 2003.



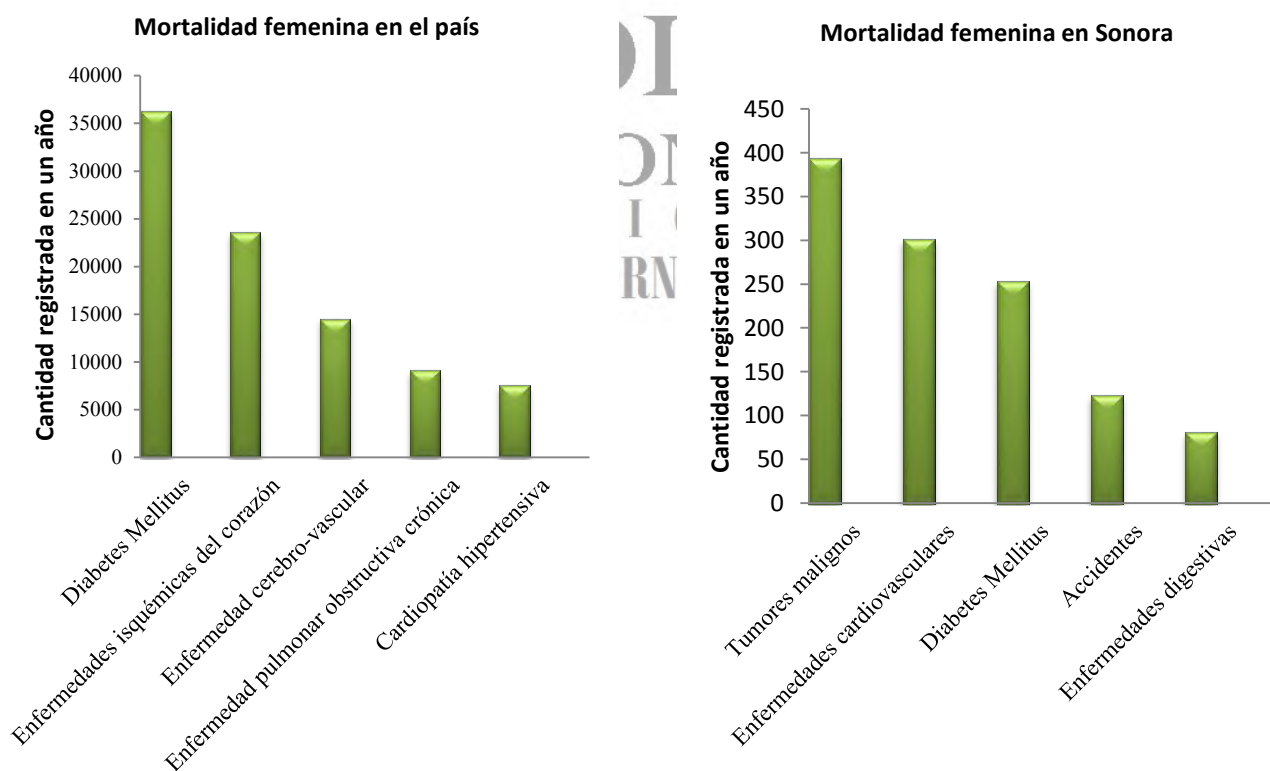
Fuente: Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora. 2003. Anuario estadístico de Sonora. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. <http://www.saludsonora.gob.mx/estadisticas>

El tipo de afiliación indica que prácticamente la mitad de las mujeres que están empleadas con seguridad social, es porque prestan sus servicios –o reciben el salario- en una empresa, mientras que poco más de la tercera parte de las mujeres están inscritas en un padrón de Seguro Popular.

En cuanto a la morbilidad, de acuerdo a los reportes oficiales, la primera causa de muerte de las mujeres adultas en el estado, lo constituyen los cánceres. Éstos tienen relación con factores ambientales como la exposición a agroquímicos e industriales, a factores alimenticios como llevar una alimentación alta en grasas y proteínas -y baja en fibras, vitaminas y minerales-, así como mantener –estilos de vida” con un alto nivel de estrés y otros factores socioculturales como el incremento probable de prácticas sexuales sin protección y las desigualdades sociales y de género (Denman *et al*, 2007).

El siguiente cuadro comparativo, permite identificar la frecuencia significativa con la que se dan los accidentes y las enfermedades digestivas en el estado, entre las mujeres, a diferencia de las primeras 5 causas de muerte en el país:

Gráfica 5
Comparación de las principales causas de muerte en mujeres en el 2005.



Fuente: Elaboración propia, con datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

Entre los tumores malignos, el cáncer mamario es la principal causa de muerte de las mujeres adultas y en cuanto al cáncer cervicouterino, la tasa de incidencia se ha mantenido relativamente estable en los últimos cinco años. Ambas enfermedades son objeto de investigación en la región y de planeación de actividades propias de la salud pública, ya que existe evidencia de condiciones socioculturales que obstaculizan la detección oportuna, como la falta de participación y empoderamiento de las mujeres para la exigencia de sus derechos como usuarias de servicios. Estas características sociales y culturales, tanto de la atención, como de la problemática en salud, no son distintivas de las mujeres del estado, sino parecidas a las condiciones que viven las mujeres en el resto de las localidades urbanas en el país (Sandoval y Richard, 2005; Denman *et al*, 2007; Castro, 2008).

La tasa de fecundación en la localidad es de 85.36 por cada mil mujeres en edad fértil. La maternidad pareciera ser una variable que facilita el cuidado de la salud en el hogar, pero al mismo tiempo, la falta de cuidado para la mujer adulta misma, lo que pudiera explicar la detección tardía de diversas enfermedades, además de las variables estructurales que se sabe impacta dramáticamente a las mujeres, como la pobreza (Castro, 2000).

Las mujeres de 30 a 45 años constituyen una población significativa en materia de sexualidad y reproducción. Sobre la reproducción, se ha observado una disminución en la tasa de la natalidad que no necesariamente se explican a partir de un aumento en la información de las mujeres acerca de sus derechos y los métodos anticonceptivos. La salpingoclasia entre las mujeres del estado, como a nivel nacional, se ha convertido en el principal método definitivo de anticoncepción, donde por cada 19 cirugías de éstas, sólo se realiza una vasectomía (Denman, *Et al*, 2007).

Además de las prácticas reproductivas, éste periodo etario es el de la consolidación de prácticas maritales y de establecimientos de patrones de convivencia, considerado como el momento más valioso dentro del ciclo vital para la sociedad, por los aportes definitivos que una persona pueda hacer a sí misma y a otros en cuanto a las decisiones que toma (Papalia *et al* 2010). Durante estas edades hay una fuerte participación en la vida social, ya que se supone que la persona adquirió una identidad y en función de ella ejerce sus roles con autonomía. Algunos roles asociados a la vida adulta son la maternidad, la convivencia marital, las responsabilidades cívicas y las afiliaciones o membresías a grupos de pertenencia, que permiten establecer estilos de vida y organizar la vida cotidiana de forma práctica para conseguir sus propósitos.

La práctica laboral y las actividades asociadas con el desarrollo profesional, puede verse también como algo fundamental para el desarrollo físico, intelectual, emocional y económico en las personas durante estas edades. Este es el período de la consolidación de las prácticas profesionales, pues puede verse también como una etapa vital de transición de la adultez joven a la intermedia, en donde la persona ya ingresó a la vida laboral o profesional y se encuentra en expansión, haciendo uso de sus redes sociales y profesionales (RENA, 2008). La persona supone una mayor capacidad de adaptación pues tiene que desempeñarse en diferentes ámbitos de la vida, por lo regular ya procreó y todavía se encuentra en un desarrollo físico, que aunque en declive, le permite tener una gran productividad, al mismo tiempo que una constante revaloración de sus experiencias pasadas y un monitoreo de lo que ha sucedido con sus ilusiones y proyectos de etapas vitales anteriores (Papalia *et al*, 2005).

II MARCO TEORICO CONCEPTUAL

La descripción de los conceptos principales en este trabajo de investigación, no puede hacerse sin mencionar primero el referente teórico del Estructuralismo Constructivista de Pierre Bourdieu, uno de los “pocos gigantes del pensamiento sociológico del siglo XX” (Saint-Upery, 2002). Nos servirán para comprender el sentido que se otorgan a los conceptos de la investigación, su Teoría de las prácticas, especialmente a partir de las aportaciones e ideas plasmadas en las obras *La Distinción* (1999), *El sentido práctico* (1991) y *La dominación masculina* (2003).

La razón principal de elegir este autor como base teórica para la descripción conceptual, radica en la aspiración epistemológica en las ciencias sociales de la superación del antagonismo estructura-agencia, referido en la literatura sociológica como dualismo o relación dialógica (Tomás, 2009). Así, una pretensión del abordaje teórico conceptual en este trabajo es la certeza de que hay una naturaleza de interrelación entre las prácticas y las estructuras sociales, comprendiendo que la estructura social enmarca la conducta individual e infiltra percepciones subjetivas en la experiencia, mientras que al mismo tiempo, las interrelaciones, inscritas en un contexto subjetivo, crean y reproducen las estructuras vigentes y futuras.

Visto como modelo, el enfoque bourdiano incorpora elementos estructurales e históricos concretos, en donde los agentes interactúan en un tiempo y lugar determinado, mientras que permite integrar la visión constructivista a partir de la experiencia individual (Bourdieu, 1988). Enmarca las prácticas en campos, que son los sitios sociales donde se

efectúan constantemente luchas de fuerzas y ejercen su dominio aquellas que han sido históricamente legitimadas o que van ganando poder.

El espacio social es un sistema de posiciones sociales que se definen las unas en relación con las otras con diferencias sociales jerarquizadas en función de un sistema de legitimidades socialmente establecidas y reconocidas en un momento determinado (Giménez, 1997). Campo, por su parte, es el concepto bourdiano para hablar del espacio social complejo de las sociedades modernas que se presentan dentro de la vida social como relativamente autónomos, aunque articulados en su interior. Un campo es una esfera de la vida social que se ha ido autonomizando progresivamente a través de la historia en torno a ciertos intereses, recursos y relaciones con otros campos.

Los campos sociales son siempre dinámicos, pues se configuran como resultado de la lucha de fuerzas estructurales a lo largo de la historia a través de sus agentes, siempre ocupados en competir por un mayor posicionamiento dentro de algo que metafóricamente se observa como un juego o competencia. Las relaciones de fuerza entre los jugadores definen la estructura campal, que bien puede verse como la exteriorización de la interioridad, o bien, las materializaciones institucionales de disposiciones en individuos, precedentes del proceso histórico-social. En relación al campo de la femineidad, por ejemplo, Bourdieu afirma que el adelgazamiento es parte del capital simbólico que ayuda a ciertas mujeres a poseer un mayor estatus o posicionamiento entre ellas, utilizando como mecanismo “la distinción” (Bourdieu, 1999). Pero el capital no es eterno, hay un renovado juego de fuerzas sociales durante el transcurso del tiempo, que llevará a establecer alianzas, subordinaciones y relaciones de complementariedad con otros actores sociales.

Bourdieu, centra la mirada en el conflicto social, reconoce que tras cada práctica existe una dimensión que es básicamente política en cuanto a que contiene elementos de poder y de relaciones de dominación, subordinación, complementariedad o antagonismo, que se nos han impuesto como una visión legítima del mundo social, un mundo siempre en lucha, en competencia. En este sentido, el Estado, por ejemplo, que goza del consenso de sus agentes, para dominar haciendo una contribución decisiva a la producción y reproducción de instrumentos de construcción de la realidad social en su población (Bourdieu *et al*, 1994). Como estructura organizacional y regulador de prácticas, el estado impone o “disciplina” a través de sus instituciones y políticas lo que los agentes habrán de hacer. Determina, además, un carácter de principios y formas de clasificación, que en lo que se refiere al cuerpo, no solo lo delinea, sino además, incorpora en él los mecanismos de control necesarios al servicio de las fuerzas dominantes y que habrán de ser observables a través de representaciones –normas, valores, ideología- o prácticas materiales.

El Estado –siguiendo a la salud como ejemplo- es capaz de disciplinar a su población a través de políticas públicas regulatorias, que puedan ir desde el acceso a los alimentos, hasta la protección de riesgos. En esta lógica no sólo participa directa y predominantemente sobre los individuos, sino además, permite o restringe, en función del control y adquisición del capital, la incorporación al campo de otros actores, como puede ser la industria o los medios de comunicación. Ya sea para que se generen relaciones de complementariedad o antagonismo entre ellos, la presencia de diversos actores en un campo, implica un juego dinámico de los capitales.

Para Bourdieu las relaciones sociales entre los actores no son reducibles a las relaciones económicas. Germaná (1999), refiriéndose a este señalamiento bourdiano, menciona que hay 3 elementos que orientan el análisis:

“1) Que las relaciones de clase no son sólo relaciones económicas sino que surgen simultáneamente como relaciones de fuerza y relaciones de sentido (los diversos tipos de capital);

2) Que el análisis de las relaciones simbólicas hace aparecer los lazos constitutivos que posibilita la renovación de las relaciones de clase (la violencia simbólica); y

3) Que los agentes no tienen necesariamente conciencia de sus prácticas (las estrategias de la reproducción)” (Germaná, op. Cit.)

Tanto la aparente naturalidad de las prácticas, como los conceptos con los que se aborda en su estudio, son construidos y se encuentran siempre en relación con otras construcciones. Tras la sola intención de investigar, subyacen supuestos susceptibles de ser deconstruidos y vueltos a construir en calidad de categorías también interiorizadas por los investigadores. Sin embargo, existe una realidad objetiva, a la cual las construcciones científicas debieran estar referidas. En el presente estudio, por ejemplo, sería injusto afirmar que existe un consumo en mujeres y que dicho consumo está dirigido con la intención de adelgazar, si no se admitiera que en condiciones objetivas, en las cosas, en los discursos, la práctica es observable. El discurso lleva a conocer en la investigación los sentidos, las nociones, las estructuras sociales incorporadas en las prácticas, reconociendo que en el agente se expresa lo social hecho cuerpo. La práctica y su lógica, es producida con intención -consciente e inconsciente- mediante el cuerpo y la lengua, estructurados y estructurantes, generadores automáticos de actos simbólicos que pueden ser descubiertos por el investigador social (Bourdieu, 1991:160).

Estas estructuras internalizadas, protagonizan también luchas por adquirir cada vez mayor capital entre las mujeres, en un sistema social siempre complejo y capaz de

reproducirse o transformarse de acuerdo a su devenir histórico. En este sentido, una de las aportaciones principales de la teoría bourdiana, sería la de considerar la práctica como el resultado de un proceso histórico concreto, en donde los agentes interactúan en un tiempo y lugar determinado. Aun cuando la experiencia individual pareciera estar determinada y ser en todo previsible, las prácticas se desempeñan en campos dinámicos como resultado de la lucha constante e histórica de actores o procesos, en donde queda un margen para las estrategias.

Estas estrategias y recursos para competir en un campo, así como los procesos de dominación y legitimación, son susceptibles de ser aprehendidos por el científico social a través de una ruptura epistemológica, en donde el referente empírico conduce a la comprensión teórica de una realidad *construida* socialmente (Bourdieu *et al*, 2008). La tarea fundamental del presente trabajo de investigación está relacionada con ello, con la construcción y deconstrucción, obteniendo dos realidades que no son diferentes a sí mismas y que por lo tanto, pueden volver a sintetizarse teórica y empíricamente: La realidad material deberá ir concretizar las relaciones estructurales que compiten en un campo, mientras que las entrelazadas fuerzas en competencia, construidas también para fines metodológicos, deberán finalmente poder objetivarse en una realidad observable en las participantes y sus estructuras.

Las percepciones, así como las prácticas que se realizan en un sistema social, son el resultado de múltiples estructuras incorporadas en el individuo, a lo cual Bourdieu llamó *habitus*. Entendemos por *habitus* al sistema de disposiciones durables, que son transferibles en la interacción social. Los *habitus* dan cuenta de prácticas compartidas por sujetos que ocupan la misma posición en la estructura social, sin que por ello garanticen el

mantenimiento en dicha posición. Son estructuras-estructurantes, sentidos de acción social que al inscribirse en los agentes, reproducen pensamientos y acciones.

Habitus y campo, se tratan entonces de conceptos bourdianos complementarios e indisolubles, que determinan la metodología relacional con la que habrán de entenderse también los conceptos utilizados en la investigación, toda vez, que existe una relación dialéctica entre ellos, que plantea a las investigaciones el reto de la reflexividad epistémica.

A continuación, se describirán los principales conceptos que utilizados en la presente investigación a partir de ésta propuesta teórico-metodológica y algunas otras aportaciones de científicos sociales:

2.1 Cuerpo

Uno de los conceptos principales al trabajo de investigación es el cuerpo de las mujeres. El cuerpo en tanto materia, cosa viviente, entramado biológico o pulsaciones, es al mismo tiempo una construcción social. Dicha construcción, se entrelaza con otras para finalmente constituir una identidad. (Haraway, 1997; Bordo, 1997). En el presente trabajo, interesa cómo la concepción del cuerpo interviene en las prácticas de consumo y cómo el consumo está destinado a modificar las condiciones del cuerpo como objeto social.

El cuerpo de las mujeres sería el espacio material en el que ejecutan las prácticas, al mismo tiempo que resulta el depósito de ellas. El cuerpo en este trabajo de investigación se entiende como una mercancía que las estructuras presionan para que adquiera las características normativas sociales vigentes, ya sea por vía de la coerción o de la subalteridad. Pero sin ánimo estático o pesimista de considerar que las prácticas corporales serán reproducidas eternamente, se entiende también que el cuerpo es el espacio de

interiorización subjetiva, cuyos significados pueden ser múltiples como mujeres existan en un universo dado. Estas percepciones reproducen prácticas que pueden devenir en representaciones y prácticas distintas a las de hoy, con el paso del tiempo. La conciencia de cómo el cuerpo es y cómo debiera ser, dirigen las prácticas corporales en las mujeres hacia lo que es realmente el cuerpo en tanto vida material. Hay una lógica que dirige la práctica y de forma dual, la realidad material, formula las condiciones en las que las mujeres perciben el cuerpo idealizado. El cuerpo es también la impresión del habitus, que se vuelve manifiesto en el sentido práctico y en la práctica misma.

El cuerpo es el sitio también donde se desarrollan las enfermedades, donde la mujer sensibiliza una enfermedad, un padecimiento o un malestar social (Moreno, 2007). Tanto enfermedad como padecimiento son construidos, por sí misma, en relación con los demás, pero especialmente con los “expertos” en la salud, ya sean estos profesionales, tradicionales o populares (Menéndez, 2002).

Es el lugar en el que se depositan las prácticas provenientes de determinaciones históricas y en el que convergen al mismo tiempo los habitus corporales provenientes de diversos campos. Los habitus corporales se tratan entonces de prácticas y representaciones incorporados a partir de estructuras sociales diversas, siempre en competencia y que proporcionan un sentido a la hora de consumir en las mujeres para dominar su propio cuerpo, pues se compra para conquistarlo, haciéndolo cada vez más refinado y distinguido (Bourdieu, 1999).

El cuerpo es entonces, además de un elemento clave para la identidad y el estatus, el indicador subjetivo más determinante que habrá de permitir o no conformidad en la mujer respecto a las prácticas que habrá de darle. Hoy día, las investigaciones colocan en

mayor estado de inconformidad con el cuerpo al estadio de la adolescencia y la juventud, pero la evidencia empírica puede ser confusa respecto a que se desconoce o se lee poco acerca de la mujer adulta en Latinoamérica, por ello también la importancia de darle la voz a la actora y empezar a de construir (Castro, 2000), desde la narración de sus experiencias, los habitus y mecanismos necesarios para mantener la maquinaria social del consumo de productos para adelgazar. En la dimensión subjetiva de la inconformidad corporal, se encuentran expresiones como “sentirse mal por estar gorda” o “desproporcionada”, “querer estar flaca” o “tener urgencia por bajar de peso” (Pérez Gil y Romero, 2010, Rivarola y Penna, 2006; Piñón y Hernández, 2007), entre un amplio espectro de discursos cuyo origen puede estar en cuanto campo profesional o de experticia se haya generado históricamente. .

La investigación en relación a la percepción de imagen corporal y otros factores como la identidad, la presión grupal, los estereotipos de género, etc., enfatizan cada vez más la importancia de la agencia. Cuestionan las posibilidades de que las personas, de acuerdo a su contexto adquieran las competencias o recursos personales en las interacciones sociales suficientes para hacer frente a la presión social por alcanzar el cuerpo estereotipado o políticamente correcto para el género (Fox, 1999; Rudd & Lennon, 2000; Fox & Ward, 2006; Álgars *et al* 2009). No todas las mujeres, recibiendo la misma información y presión del medio, perciben insatisfacción con su cuerpo. No todas las mujeres que se sienten presionadas o insatisfechas recurren a prácticas para adelgazar y, más complejo aún, no todas las mujeres que sí consumen productos para adelgazar lo hacen porque lo necesitan clínicamente. Los sentidos de la práctica son distintos en función de mecanismos que habrán de ser descubiertos.

En un estudio reciente realizado por Schütz *et al* (2010) a lo largo de 26 países pertenecientes a 10 regiones del planeta, se midió a través de instrumentos, la satisfacción corporal en mujeres, encontrando que los puntajes de inconformidad o insatisfacción resultan ligeramente altos en la mujer norteamericana, pero estadísticamente parecidos en el resto del mundo. Los autores concluyen en la investigación que si la inconformidad corporal en la mujer se trata de un “problema” generalizado, quizás no tendría que ser problema, sino una característica más de la vida postmoderna, en donde si la mayoría poblacional conserva ese rasgo estadístico, las investigaciones sociales y de la salud debieran clasificarlo más bien, como nuevas pautas perceptivas y de comportamiento humano, cuando no de normalidad.

Diversas posturas feministas, desde Simone de Beauvoir (1949), pasando por las aportaciones de Amorós (1994), Mouffé (1999), y Judith Butler (1993), refuerzan la tesis de que la percepción de las mujeres interpretan su realidad corporal en función de un género que ha sido dominado hasta en las percepciones que, en lo cotidiano, son consideradas íntimas o personales. Las experiencias subjetivas se alimentan de la carga simbólica impuesta de manera histórica por los varones. Interpretar el cuerpo con el que nacieron constituye en sí una construcción social para las mujeres que, incluso en su concepción de sexo y género, contiene representaciones diversas como posiciones en un campo social pueden encontrarse.

Al respecto Bourdieu (1999) encuentra en la vida social de finales del siglo XX que el cuerpo de las mujeres es objeto de miradas fetiches, que desde temprana edad, aprende las normas necesarias para rechazar las fuerzas que le inducen al gusto de los sentidos, es decir, a la seducción de lo repugnante, de lo prohibido, al goce que le reduzca a la

animalidad, a la corporeidad, a lo vulgar. El cuerpo se educa, se entrena, se planea y se construye. Las mujeres heredaron del modernismo el capital social en el que la delgadez, la gracia, el autocontrol y la prudencia, aumentan el valor de sí misma, porque el cuerpo no puede desvincularse de la persona. Y si se trata de mujeres de clases medias y altas, el cuerpo juega un valor agregado en el intercambio simbólico del esposo o de la familia durante los intercambios de esas alianzas.

Las siluetas esbeltas encarnan los deseos más fecundos del varón, estereotipando en las mujeres la elegancia y el *buen gusto*, mientras que en el hombre la espalda atlética, erguida y de condición deportiva, se asocia a su vez con el valor del poder y del tiempo libre, vinculado a la organización, al éxito, al prestigio y a la clase social. Donde domina quien tiene mayor fuerza, mayor clase, mayor compra, lo que equivale a mayor acaparamiento, mayor capital poseído (Idem, 1999). Así, las clasificaciones sociales de género se “naturalizan” en forma de divisiones en los cuerpos, de héxis corporales, es decir, en forma de disposiciones corporales hegemónicas para mujeres y hombres que se traducen en características de masculinidad y feminidad -maneras de andar, hablar, comportarse, mirar, sentarse, etcétera-. Los modos en que los cuerpos son representados/percibidos (vividos) constituyen un eje fundamental en el proceso de subjetivación de los individuos.

Históricamente la mirada masculina se ha erguido sobre el cuerpo femenino que posee, pero la mirada se ha desplazado hacia los campos médicos, industriales, económicos o políticos –todos residualmente masculinos- y dicha mirada, las que sitúan a la mujer en calidad de observada, son las que se legitiman como “verdaderas” sobre la realidad de la mujer. La repugnancia contemporánea hacia la gordura pasa de las grandes estructuras a los intercambios cotidianos inscritos en un carácter moral, a través de diversas estrategias que

juegan el juego de dominar el campo. Así, la mujer piensa y practica con su cuerpo, lo que las estructuras dominantes han ganado, al interiorizarse en ellas (*Idem*, 1999).

No solo el gobierno y las instituciones de salud participan en la interiorización de lo corporal, sino también estructuras como la producción capitalista que tiende a comparar al cuerpo con una máquina de producción, y la iglesia, generando percepciones compartidas de virtud y moderación, cuando se generan actos sociales de dominio sobre el cuerpo. La seducción sensitiva simbolizada en los pecados capitales, para la iglesia, representa las amenazas de lo maligno, el demonio hecho práctica, la carne seducida por el pecado (Fassino et al 2006). La gula, por ejemplo, es un pecado capital, y en lo capital tiene la sentencia del infierno (Comelles, 2010), un cuerpo, no debería nunca pretender estar allí.

Pero en ningún momento se debe olvidar que los habitus corporales se consolidan como hegemónicos al inscribirse durablemente en las mujeres, volviéndose categoría de percepción, que en lo construable, tienen la sentencia de no ser algo eterno, sino susceptible de transformación, si es puesto en relación con las matrices estructurales que los producen.

2.2 Adelgazar

La dominación -de género, ideológica, política...- convierte a las mujeres en un objeto percibido por diversas miradas, esto trae como consecuencia un estado frecuente de inseguridad corporal o de dependencia simbólica (Bourdieu, 2003), en donde las estructuras hegemónicas ya no tienen que presionar para conseguir esa dependencia, pues éstas se han incorporado, hecho carne, práctica, percepción. Las mujeres interiorizan la necesidad de ser delgadas porque necesitan ser percibidas y aprobadas como tales en un mundo cada vez más competitivo. Al sentir la necesidad de la mirada de los demás para construirse,

requieren con urgencia acercarse al cuerpo social compartido como el ideal, rechazando y condenando la distancia entre éste y el cuerpo real. Los mecanismos para reducir la brecha entre lo ideal y lo real se dinamizan, en representaciones y en prácticas, para lograr el objetivo de estar delgadas.

En calidad de construido, un cuerpo esbelto requiere entonces de una serie de prácticas aprendidas para ello, en el que no siempre el cuerpo material se comporta bajo las expectativas del cuerpo ideal en las mujeres. En este sentido, la lucha de la medicina en el último siglo ha conseguido un posicionamiento hegemónico, en el que la medicalización ha jugado un papel importante (Moreno, 2007). Al capital social vinculado a la clase y la ideología, se agregó históricamente el vinculado al campo político y tecnológico.

Adelgazar, en el presente trabajo, se entiende entonces como el mecanismo por el cual la persona intenta modificar su realidad corporal, su cuerpo, a fin de acercar sus características corporales, principalmente a través de la reducción de peso y/o talla de ropa a las características corporales aprendidas como ideales. Y si bien los conceptos de perder peso o talla son un triunfo adjudicable al campo de la medicina moderna, tendríamos que señalar que para efectos del trabajo de investigación, no interesa la medición objetiva de cómo el cuerpo se *adelgaza*”, sino los sentidos prácticos que dispone la representación *adelgazar*”.

El discurso incorporado de las mujeres acerca de la conveniencia de estar delgadas o mantener un cuerpo esbelto se nutre, entre muchos otros, de:

- El campo médico, con la infiltración de su lenguaje clínico y de medición, conceptos de normalidad, enfermedad y estandarización del cuerpo (Moreno, 2007),

- El campo ideológico que coloca entre muchos otros aportes simbólicos, las siluetas corporales delgadas como bellas y atractivas (Rivarola y Peña, 2006),
- La industria y el comercio a través de estrategias como reducción de tallas en las prendas de vestido y calzado (De Castro, 1998; Mc Phail, 2002),
- La religión, con la obligatoriedad del alejamiento de los “excesos” en las prácticas corporales o en la representación de la morfología corporal (Comelles, 2009).
- Los medios de comunicación en la exposición frecuente y reiterativa de cuerpos de mujeres con curvas cada vez más “escurridas” hasta antes de la década de los 70’s eran consideradas “femeninas” (Rivarola y Peña, 2006; Álvarez *et al* 2009), y
- el Estado (como estructura mayor) que finalmente determina las políticas a seguir para combatir la obesidad y el sobrepeso como problema de salud pública: una enfermedad crónica que dispone a otras patologías y conduce al costo de la muerte de los agentes y a pérdidas económicas considerables en el sistema de salud (Bourdieu *et al*, 1994; Rivarola y Peña, 2006.).

Si se ha de atender a los principios de ruptura epistemológica deseada en la investigación social, tal como se afirmó anteriormente, la presente investigación deberá atender entonces a los datos cuantitativos expresados por las mujeres como anclas o referencias empíricas, pero también, y de manera especial, interesará el discurso interiorizado y subjetivo de las mujeres. Los símbolos que acompañan esta incorporación, entre otros capitales, habrán de ser deconstruidos, entendiendo el consumo como un proceso de dominación simbólica en el que pueden apreciarse también las estructuras vencedoras.

Para poder responder a las preguntas de investigación, será importante comprender cómo la construcción simbólica, resultado de normas culturales sobre el cuerpo y mediado por la compleja interacción de instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas, sirve a la vez de estructura incorporada para la conformación de prácticas individuales y compartidas que se echan a andar de manera cotidiana, enmarcadas en un contexto de poder.

2.3 Consumo

Consumo, para la investigación, deberá entenderse como una práctica de interacción social, en donde los agentes acceden y disponen de bienes y servicios para fines concretos y materiales, como es adelgazar el cuerpo.

El consumo como práctica cultural, tiene lugar en un campo en donde existe una fuerte lucha por el capital correspondiente, donde la dominación económica se legitima y se refuerza. En las sociedades modernas y postmodernas el consumo se ha “naturalizado” y lo poco sorprendente se inscribe el carácter de dominación de una estructura socioeconómica. Para Bourdieu, la identidad “individual” se constituye por referencia al otro, la diferenciación entonces de las prácticas de consumo en un marco de alteridad, están atravesadas por las relaciones de dominación, en donde hasta lo que se hace o compra por “gusto” y en “libertad”, se hace a través de los esquemas de agentes en un espacio social y que tienen una interrelación con cómo perciben al mundo y cómo actúan en él (Saidel, 2009).

El consumo aquí también puede ser visto como lo expresa Bauman (2007), como un movimiento resultado histórico de fuerzas económicas que pasa del propósito de producir

cosas a apropiárselas. En virtud de que cualquier “cosa” material puede ser susceptible de consumo, nos interesa para efectos de la investigación qué productos materiales llegan a ser utilizados por las mujeres como herramientas para transformación del cuerpo, ya que éstos forman parte del capital que se incrementa para construirse y posicionarse a sí mismas.

Tanto Bourdieu como Bauman, coinciden en que el consumo tiene el propósito – más allá de cualquiera de estos discursos- de reconvertir a la consumidora en producto, de manera tal que se legitiman las compras y las ventas, elevando “el estatus de la consumidora al de bien de cambio vendible” insertas en un medio social en el que tienen que distinguirse y posicionarse respecto a los demás. Lara y Colín (2007) sintetizan el desarrollo conceptual sobre consumismo y consumidora de la siguiente forma:

—..Según Bauman...consumir es invertir en la propia pertenencia a la sociedad. El propósito fundamental y decisivo del consumo es elevar el estatus del consumidor al de un bien de cambio vendible. Y no es conveniente olvidar que el desempeño eficiente del consumidor recae sobre la responsabilidad de cada consumidor. Si se acepta esta proposición, se puede afirmar que no existe la invalidez social, solamente la carencia e incompetencia personal, lo que descarta toda causa de raíz social”.

En este sentido, el cuerpo es visto como un objeto que al consumir y adelgazarse incorporó una preocupación inconsciente e implícita, pero también una estrategia social que coloca finalmente al cuerpo como un producto vendible, parte del capital dispuesto a apostarse para seguir ascendiendo en las posiciones campales en donde quienes encumbran estas transacciones y ponen las reglas para el consumo, se desvinculan de la responsabilidad social de facilitar o impedir el desarrollo identitario y societal de una persona. Consumir objetos en general ya de por sí es atractivo para quien los consume, y cuando ésta práctica tiene como objetivo la *illusio* de “estar en el mundo” –por consumir- resulta todavía más interesante si ayuda a “llegar a ser” lo que se quiere “ser delgada-.

No interesa determinar aquí las condiciones de efectividad de la mercancía comprada o gestionada a fin de conseguir adelgazar, interesa más bien descubrir las relaciones construidas que las mujeres hacen entre comprar mercancías y adelgazar, pues en ellas se esconden finalmente las estrategias y *mecanismos* diarios en los que está justificada la reproducción de la práctica de consumir productos para adelgazar.

2.4 Productos adelgazantes

Ahora bien, en un campo comercial basto de mercancías tangibles y materiales utilizables en las prácticas con la intención de adelgazar, se ha acotado aquí como “producto” solo aquello que en la evidencia material se remonte a un objeto, medible, pesable, con características físicas materiales, diferenciándolo de los llamados “servicios”, que serían – también productos culturales finalmente- las ofertas profesionales, la renta de espacios físicos, o la intervención directa de “expertos” sobre el cuerpo, como es el caso de los masajes y la acupuntura.

Por estrategia metodológica y por las limitaciones de la investigación, se define aquí productos adelgazantes como aquello que las mismas mujeres refieren como objetos utilizables para conseguir adelgazar, no lo que la literatura proveniente del campo médico o comercial refiera como efectivo para hacerlo, sino aquellos objetos de uso frecuente que las mujeres adquieren con la finalidad de adelgazar sus cuerpos. A partir de los datos de consumo –referente empírico en nuestra investigación- entre la población general contemporánea norteamericana y la revisión de la literatura al respecto, se estableció desde el inicio de este abordaje, cuatro categorías básicas de productos:

- Los medicamentos y/o fármacos, que si bien pueden no provenir exclusivamente de la tradición biomédica, son ofertados en lugares asociados a la salud, como las farmacias.
- Los cosméticos, o productos derivados de la industria cosmética, que suelen ofrecerse también en farmacias o supermercados, pero cuyo discurso convierte el adelgazar en una práctica con sentido estético.
- Los artículos de vestir o calzar, que se ajustan al cuerpo y que provienen más bien de la industria textil y de calzado; Y
- Los llamados suplementos alimenticios, que son mezcla de productos biomédicos con productos “nutricionales” y que por lo regular son consumidos de manera oral, sustituyendo algún tipo acostumbrado de alimentos.

Los productos pueden tener relación con algún servicio, por ejemplo, algún gel recomendado en un centro de masaje, o bien, algún te, recomendado en el lugar donde las mujeres realizan yoga, siempre que se entienda que para su estudio, se considerará solamente como producto solo lo que la mujer pueda manipular o ingerir con el sentido de adelgazar, dentro de la gama de productos a los que puede acceder en función de su capital económico.

2.5 Estrato socioeconómico

A pesar de que Bourdieu mantuvo en sus trabajos de investigación el concepto de clase, es importante resaltar que parte del reto metodológico en la investigación radica actualmente en la superación de la complejidad de campos y actores que pueden participar simultáneamente en una realidad socioeconómica y cuya participación incluso ya no queda

restringida ni siquiera a la presencia física en un espacio geográfico, dada la llamada era de la globalización.

Las sociedades contemporáneas en América Latina dan indicadores de transformaciones constantes a partir de los años 80's, en donde las lógicas de mercado y empleo ya no se rigen por la capacidad de adquisición o producción (Félix, 2001; Sembler, 2006; Guidens, 1997), es por ello que la agrupación de las personas en función de las posiciones que guardan unas con otras, en diferentes campos, se habrá de hacer en el presente estudio bajo el concepto de estratificación social.

El concepto de estratificación social tiene que ver con la medición de indicadores de consumo, educación, capital cultural y posibilidades de movilidad social entre un grupo y otro de personas. Así, una serie de mediciones poblacionales en el municipio realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2004) a partir de sus Censos, permiten hacer uso de la información estadística para generar grupos poblacionales homogéneos entre sus características de vivienda, escolaridad y otras variables socioeconómicas.

El INEGI establece 7 grandes grupos de personas al interior de una localidad, o estratos, con la conveniencia de que se pueden hacer generalizaciones municipales sin el efecto de elevar o disminuir dramáticamente las cifras al promediarse con otras poblaciones urbanas como el Distrito Federal, Tijuana o Monterrey. Los estratos pueden ser consultados a nivel estatal, municipal, o por Área Geoestadística Básica (AGEB) que es la unidad mínima poblacional de estudio y que en la presente investigación se tratan de tipo urbano, es decir, para una población mayor a 2, 500 habitantes.

El estrato 1 es el que se asocia con condiciones menos favorables para las personas que habitan en una vivienda, mientras que el nivel 7 es el que reflejan las mejores situaciones socioeconómicas en la localidad. Para efectos de la investigación, se consideró entonces como estrato socioeconómico medio, a los estratos 3, 4 y 5 de la cartografía urbana.

2.6 Género

El género es, al mismo tiempo que estructura, una perspectiva de estudio que habrá de rendir cuenta sobre los roles y estereotipos en las representaciones y prácticas de las mujeres en tanto son objeto de la mirada de otros y de sí mismas. Género no es el mismo concepto de lo que en esta investigación bajo la *perspectiva epidemiológica* o estadística se nombra sexo, pues éste, está solo vinculado a las características morfológicas y genéticas del cuerpo a la hora de nacer. Sexo, en demografía y estadística equivale a decir en términos biológicos si la persona se trata de un animal macho o hembra.

El género, por su parte, consiste en una diferenciación construida acerca de lo que es social y culturalmente aceptado como un hombre o una mujer, en el que se imprime un rol de género, es decir, una serie de funciones y atribuciones sociales derivadas de la concepción de sí mismos como hombre, mujer o neutro (Gamba, 2007), a partir de la vivencia que la persona tiene subjetivamente sobre sí mismo y las percepciones sobre su cuerpo heredadas por una realidad histórica. La identidad de género es una noción teórica que alude a las atribuciones que las figuras significativas le otorgan, en este caso, a la mujer, así como las representaciones que brinda el orden cultural dominante acerca de los modos en cómo se debiera de expresar la femineidad y la masculinidad.

La identidad de género y los roles asignados a ella, responden a la jerarquización social derivada de los intercambios entre estructura y agencia. El rol de género en este sentido equivale a lo que la mujer ha incorporado que “debe hacer” en su condición de mujer, enmarcado en una interacción social que se dinamiza y transforma constantemente en función del tiempo y los mecanismos de acceso al poder. En palabras de Gamba (*Idem*):

—bs mandatos del deber ser de las mujeres...obedecen a la ideología prevaleciente y van construyendo sus deseos y proyectos de vida; mas no son estáticos, ni permanentes, ni homogéneos; siempre producen fisuras que facilitan los procesos de cambio. Emergen, entonces, nuevas representaciones de femineidad... que conviven en forma muchas veces conflictiva, con antiguos modelos”.

En este sentido, el género es estructurante, se relaciona con lo que la mujer debe consumir, con cómo debe moldear o esculpir su cuerpo, con el grado de represión que debe hacer de su sentido animal para ser aceptada, así como con las estrategias diarias que debe incorporar para alcanzar el cuerpo “femenino” idealizado, estereotipado. Un estereotipo es, finalmente, el patrón o modelo a alcanzar, que dinamizará la práctica de buscar adelgazar, el prototipo por el que las fuerzas sociales demandan en el cuerpo de la mujer la acumulación de capital y por el que ella tendrá que establecer intercambios y estrategias diarias. Se entenderá como el sentido último de la serie de prácticas echadas a andar para conquistar materialmente al cuerpo de la mujer.

2.7 Representaciones

La práctica principal de consumir productos, es decir, buscar adelgazar, se entenderá entonces como el sentido original que las mujeres dan en sus discursos, y que, independientemente de que se alcance o no como fin, habrá de servir para develar en ellos,

las representaciones –ideologías, normas, valores, nociones- que anteceden y dan sentido a la práctica.

–Etimológicamente re-presentar significa hacer presente otra vez, al aludir a la presencia de algo que no está literalmente presente, el concepto remite a virtualidad, a presencia mediatizada y al actuar por otros” (Gamba, 2007)

Las representaciones son las imágenes y símbolos que la mujer interioriza acerca de algo, de sí misma o de los demás, y en función de ello otorga sentido a sus prácticas y al resto de sus representaciones. No interesa para fines de la investigación estudiar las representaciones per se, sino solamente, servirse de ellas para referenciar los habitus y las justificaciones de las prácticas en las mujeres.

Cómo se interioriza la representación de la delgadez en cuanto a su sentido orientativo de la acción y cómo se comporta en cuanto lógica que dispone el consumo de diversos objetos, es lo que habrá de interesarnos a fin de resolver la pregunta de investigación. Este sentido de orientación está justificado en términos de representaciones que le anteceden y que, como se ha dicho, norman la práctica al incorporarse.

Ahora bien, las representaciones y la práctica, no siempre suelen encontrarse de manera consistente, una correspondiente a la otra. Es probable, que en algunas ocasiones, las personas posean una representación cognitiva que aparezca dentro de su capital lingüístico, pero ello no necesariamente se refleje en una práctica realizable. Por ejemplo, que una persona diga que cuida de su salud y que la mejor forma de cuidarse es haciéndose exámenes de rutina en un laboratorio cada 6 meses, pero en la práctica, en su actuar social, no se haya practicado un examen de laboratorio en años. Esta inconsistencia entre la representación y la práctica forma parte de lo que conceptualmente, para efectos de este trabajo de investigación, será llamada disonancia cognitiva.

Disonancia cognitiva es el término con el que Festinger (1957) llama a al proceso psicosocial en donde es posible encontrar en la misma persona, respecto a un mismo objeto cognoscente, dos categorías contradictorias. También se puede utilizar el concepto como sinónimo de incongruencia, en el sentido de que la disonancia puede provenir de la diferencia observable entre la representación –cognición, creencia, valor...- y la práctica.

La disonancia genera una tensión cognitiva en la persona que la experimenta y ello la dispone a nuevas prácticas para tratar de resolverla o reducirla (*Idem*, 1957). La percepción de haber tenido un fracaso, por ejemplo, es en sí mismo disonante, pues los resultados esperados eran otros en función del contenido cognitivo en la persona, de ello se espera que la persona obtenga un aprendizaje, luego de que no obtuvo las recompensas que hubiera esperado en su intercambio social (Gazzaniga, 1994).

Las estrategias personales para resolver la disonancia son 3:

1. La desaparición cognitiva o eliminación de la conducta menos conveniente -la que genera la disonancia-.
2. El cambio en la forma de aprender o en la forma personal de construcción de enunciados cognitivos.
3. Agregando nuevas cogniciones o representaciones que sirvan como un puente entre las cogniciones originales y la práctica, es decir, en donde dejen de ser disonantes porque se asemejan a un continuo en donde ya no se perciben ambas situaciones en extremos contradictorios (Sánchez, 2002; Festinger, 1957).

De las tres, la forma más frecuente de resolver es la tercera, ya que por lo regular, las personas tienden a modificar sus cogniciones pero no sus estructuras cognitivas, ya

determinadas por múltiples factores. Las formas de reducción de la disonancia son estrategias importantes para ser revisadas en las mujeres a fin de reducir las exigencias sociales en función de ser consumidoras, mujeres, trabajadoras asalariadas, madres, delgadas, no delgadas, entre otras situaciones que, suponen la generación de tensiones cognitivas. También será interesante observar en el estudio si existen o no estrategias de reducción de disonancia ante prácticas discriminatorias o procesos de estigmatización en sus intercambios sociales.

2.8 Estigma

Goffman (1986) define el estigma como un proceso social en el que se asigna un atributo desacreditador a una persona, por alguna condición ambigua. Es una transferencia de una devaluación de algún rasgo juzgado socialmente como indeseable hacia la identidad misma de la persona, teniendo graves repercusiones para quienes la padecen y para quienes están alrededor de esa persona en su posición o red social.

El estigma asignado –no a una práctica, no a una representación, sino- a la persona misma, la coloca en una condición de devaluación social, de indeseable, en donde la persona es desacreditada a partir de que genera en los demás –impresiones” que habrán de acompañar a la persona en sus intercambios sociales el resto de toda la vida (Idem, 1986). Un estigma es algo sobre lo que la persona que la padece no tiene control y lo coloca en una posición desigual o inferior en sus intercambios sociales.

El estigma es también una forma de legitimar la pérdida de privilegios sociales o la discriminación, en donde paulatinamente la persona va incorporando estas experiencias en aprendizajes o cogniciones propias, hasta conformar una carrera moral. Llegando a

considerar, con el paso del tiempo, como ~~normales~~ aquellas cogniciones, creencias o representaciones en relación a su inferioridad como persona (Idem, 1986).

Shildrick & Price (1999; 18-19) afirman que existe una larga tradición histórica acerca de cómo, por la categorización que se hace del cuerpo -y específicamente del cuerpo de la mujer- hay una larga lista de identidades devaluadas, que hacen que en ocasiones se le reduzca a una condición sub humana a partir de la imagen de sus cuerpos. Una imagen que tiende a ser valorada bajo las categorías perceptivas de los otros.

2.9 Riesgo

Riesgo es definido por Herr & Oks (2003) como el aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño en las poblaciones por la exposición a factores que no necesariamente son de orden biológico, sino que pueden ser sociales y culturales, como la pobreza, la contaminación y la raza, estimado en comparación con poblaciones con características similares que no poseen dicha exposición. El concepto de riesgo proviene de las ciencias biomédicas y no necesariamente tiene una connotación negativa, pues hay factores que pudieran generar una probabilidad menor de enfermarse o generar menor riesgo, atribuyéndoseles cierto grado de ~~protección~~.

Riesgo entonces está íntimamente vinculado, en un escenario sociocultural, con el sentido de protección y seguridad, donde no sólo las estructuras, sino además las condiciones en la competencia por los capitales en juego y las mismas prácticas en la agencia, pueden ser las que aumenten o disminuyan la seguridad hacia el cuerpo, la identidad y la salud finalmente de las personas. Un concepto para expresar esto utilizado en la corriente constructivista es el de vulnerabilidad, que se emplea cuando se sabe que una persona, por sus condiciones estructurales, aumenta aún más, el riesgo de padecer alguna

enfermedad, un padecimiento o un malestar social. –Para los constructivistas, los riesgos no consisten en objetos o artefactos medibles; al contrario, están en permanente elaboración y negociación al formar parte de la construcción del tejido social y de los significados” (Ruiz, 2001, 261)

2.10 Mecanismos

Finalmente, mecanismo es entendido como un proceso en un sistema social, capaz de producir o impedir algún cambio en el sistema en su conjunto. También puede entenderse como los modos o formas en los que se activa y se hace funcionar un campo complejo en siempre competencia. Para efectos de nuestra pregunta de investigación, nos interesa descubrir los impulsores que operan detrás de la maquinaria social en relación al consumo de productos para adelgazar, pero también aquellos que pueden ser capaces de frenarla.

El concepto de mecanismo hace énfasis en procesos sociales o estados de cambios y transición, inicialmente desarrollados como concepto por Merton y Tilly, pero retomados, además de Bourdieu, por otros clásicos constructivistas como Guiddens (1987), Elías, Luckman y metodólogos como Bunge, Bachelard y Buraway (Giménez, 1997).

¿Cuáles son las estrategias con las que juega cada uno de los actores involucrados?, ¿Cuáles son los mecanismos estructurales de mayor impacto para posicionar a los productos adelgazantes?, ¿Puede el consumo de estos productos explicarse sólo como resultado de la hegemonía médica y capitalista?, ¿Qué fuerzas obstaculizan la tendencia contemporánea al consumo?, ¿Qué habitus en calidad de estructura asoman prácticas no hegemónicas y para qué agentes?, son algunas de las preguntas que pueden ayudarnos a

entender algo del funcionamiento social en relación al tema y constituirán un reto conceptual y metodológico por el tamaño de la envergadura investigativa planteada.



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

II METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS

Propuestas contemporáneas de abordaje a los procesos de salud-enfermedad-atención, como la medicina social, la antropología médica crítica y la naciente epidemiología sociocultural, coinciden en la propuesta bourdiana de reconocer la articulación de la sociedad y de los poderes que operan en ella de forma relacional, en sus dimensiones macro sociales (generalmente englobadas en el concepto “variables socioculturales” en la biomedicina), pero también, dando voz a los actores o protagonistas principales de dichos procesos. Sepelli y Otegui (2005) reflexionan acerca de la participación de los individuos en la construcción de lo que es la enfermedad:

“Los centros de hegemonía modelan las orientaciones culturales a través de las cuales los individuos viven la patología y reaccionan ante ella. No es ésta una cuestión secundaria. Sólo el reconocimiento del peso de los procesos de hegemonía actuados por los poderes fuertes, junto con la individualización de las condiciones concretas en las que los individuos viven su existencia y sus experiencias, permiten a la antropología comprender la realidad, que ella misma se da como objeto de investigación propio, y proporcionar los instrumentos cognoscitivos para transformar tales realidades junto con los individuos que las viven” (Sepelli y Otegui, op cit.).

Aquí, la práctica del científico social se centra no sólo en explicar las relaciones entre los agentes y la estructura, rescatando la agencia de los procesos de transformación social. El cometido es buscar nuevas formas de producir saberes, legitimar, buscar oportunidades para las miradas no hegemónicas, evidenciando en la agencia:

“...su capacidad de acción y creatividad, de encontrar soluciones y, en consecuencia, un mecanismo potencial –y subrayo lo de potencial– de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como de la validez de sus propios saberes” (Menéndez, en Sepelli y Otegui, coordinadores).

Una de las herramientas metodológicas para superar entonces la mirada exclusivamente estructural, es la de adentrarse al marco de representaciones interiorizadas de los sujetos de estudio. En la sociología constructivista esto es posible gracias a aportaciones como las de Bourdieu que aborda la necesidad de la comprensión intersubjetiva, a través de significados que se transfieren externa y públicamente, pero también interna y subjetivamente. La reflexividad en él solo hace referencia a una introspección de lo significativo para el sujeto de la práctica, en un sentido práctico donde no necesariamente corresponde a fines conscientes, ni a reglas (Dukuen, 2010).

Su aportación de doxa guarda una estrecha relación con el concepto de “actitud natural” de Husserl (Troop y Murphy, 2002), mientras que habitus enfatiza el carácter pre-reflexivo de la práctica: no hay necesidad de una reflexión en nuestras mujeres ante un producto para adelgazar, por ejemplo, en su teoría. Así Bourdieu critica la *illusio* de una interacción significativa de individuo a individuo, en el que los científicos sociales se olvidan que las interacciones están ceñidas a una estructura que delimita la interacción (Bourdieu y Wacquant, 2005) y exige, a cambio, que la disciplina sociológica sea vista con rigor científico y no como argumentación filosófica o mera redacción lírica literaria en la que las estructuras se vuelven borrosas o invisibles.

Las obras feministas resultan un vivo ejemplo para focalizar y comprender los procesos sociales que afectan a las mujeres, sujetos y objeto de nuestra pregunta de investigación, pues en ellas se replantean el papel socio histórico de la mujer y todas las construcciones asociadas a lo “femenino” en un contexto local y contemporáneo. Si bien la teoría feminista plantea que, incluso las percepciones subjetivas que constituyen la identidad, provienen de la legitimación de una mirada externa que ha sido históricamente

masculina y ante la cual el concepto mismo de ~~–mujer~~” y ~~–femenino~~” se construyen y reconstruyen constantemente (Justo *et al* 2008), Bourdieu plantea que los procesos de lucha dentro de los campos no pueden reducirse a un solo tipo de influencia estructural, sino, por el contrario, la mirada masculina que ha oprimido históricamente a la mujer, tiene profundas raíces en conflictos materiales concretos provenientes de estructuras políticas, económicas, industriales, científicas, religiosas e ideológicas, solo por mencionar algunas.

Investigar qué estructuras determinaron primero los habitus corporales contemporáneos resulta inútil para la investigación, no atañe a la pregunta de investigación en tanto que es premisa fundamental considerar que tanto la mirada diferenciada por géneros ha determinado la realidad concreta de la mujer, como la subjetivación de las mujeres han contribuido a la reformulación y crítica de las condiciones materiales y teóricas de las mismas mujeres en la actualidad.

En el referente empírico, existe evidencia de que los estereotipos de género no son universales, sino que son atravesados también por clases sociales, etnias, ideologías políticas, etapas dentro de un ciclo de vida e incluso profesiones. Mientras que en el referente teórico, la misma investigación feminista recurre constantemente a construcciones alternas como la construcción democrática, la participación y ciudadanía, los derechos humanos, e incluso, estadísticas médicas y epidemiológicas, a fin de ampliar el lente de comprensión e intervención.

El abordaje epistemológico de Bourdieu, permite la posibilidad de comprender que los procesos de subjetivación ~~–debajo~~” de las estructuras hegemónicas, no se dan para siempre, sino que en la cotidianidad existe un margen de construcción y reconstrucción en la experiencia de hombres y mujeres, que dan sentidos (nuevos) ~~–entre paréntesis-~~ a los discursos llegados a ellos, albergando la posibilidad de que tanto habitus como campos,

lleguen a ser reconfigurados a partir de discursos y estructuras no hegemónicas. Y estas lleguen a incorporarse o interiorizarse, tanto en pensamiento, como en hecho, modificando, consecutivamente, la configuración del orden del sistema social. Gran parte del feminismo pretende hacer esto teniendo como objeto de estudio e intervención la realidad concreta de la mujer, pero sería indispensable pensar que existen otro tipo de dominaciones que esperan por principio de cuentas conquistar su calidad de objeto de estudio y sujeto a posible intervención.

Hay, al parecer, en nuestro momento histórico una tendencia crítica hacia la división hegemónica que hacemos de las disciplinas y los campos temáticos en la investigación social, en la que se apuesta por alcanzar la multi, inter y transdisciplinariedad, y aunque en ocasiones solo se traten finalmente de conceptos construidos en calidad de ideales, las prácticas ya indican, sin embargo, la combinación de métodos que rompen con el estereotipo de blandos y duros, y con la dualidad empírica-teórica (Fernandez, 2004; Fries, 2009).

3.1 Los métodos mixtos en la recolección de datos

Si bien la propuesta de Bourdieu nace como oposición a la simplicidad causal y la falacia naturalista y objetivista de las ciencias naturales al intentar estudiar la los sistemas sociales (Germaná, 1999), rescata el tema de la objetividad y la científicidad de la sociología.

Para Bourdieu, el planteamiento convencional de analizar hechos sociales como cosas, carece también de sentido en tanto no son vistos como procesos, como componentes relacionales de un todo social. Por otra parte, retoma del positivismo la necesidad metodológica del anclaje empírico, utilizando además de técnicas de investigación

antropológicas, diversas herramientas de recolección de datos, tradicionalmente consideradas cuantitativas y positivistas, ya que a partir de ellas, podía interpretar dialécticamente las relaciones estructurales.

La *illusio* de los investigadores sociales de encontrar transparencia en el dato o indicador, es retado hacia una ruptura epistemológica, considerando además, incluso para el propio investigador que lo observable, es solamente parte de lo consciente (Bourdieu y Wacquant, 2005). Es por ello que para algunos autores Bourdieu es considerado objetivista, mientras que para otros es subjetivista y para otros más, es considerando un puente entre ambas posturas metodológicas y epistemológicas. Lo que queda claro es que objetivismo y subjetivismo son perspectivas parciales pero no irreconciliables en la investigación (Gutierrez, 2003), pues representan dos momentos de análisis sociológicos que deben ser puestos en relación dialéctica.

Los métodos y técnicas no solo pueden ser complementarias en cuanto al orden de los datos que albergan –cuantitativos y cualitativos- sino que constituyen una estrategia reflexiva para el investigador en el que se confronta constantemente el referente teórico, con el empírico. En la investigación, se pretendió que el orden de los datos colectados fueran de lo cuantitativo a lo cualitativo, tratando de que, a partir del anclaje del dato, tradicionalmente considerado –duro”, es decir, el dato estadístico, se comprendieran las fuerzas estructurales más sobresalientes en la participación del proceso llamado consumo de productos para adelgazar, así como los argumentos comúnmente dados por las mujeres en la descripción de sus prácticas de consumo y de adelgazamiento. Sin embargo, el orden en la colecta de los datos no estableció ninguna prioridad sobre el método para analizarlos e interpretarlos.

La parte cuantitativa aportó la visión global de las condiciones en las que se genera el consumo, pero en la parte cualitativa se profundiza en los significados que tienen para las mujeres esos argumentos dados con generalidad como “realizar prácticas por salud”.

Finalmente, la apuesta por el paradigma constructivista en la presente investigación está relacionada con la facilitación de la incorporación de los procedimientos objetivistas, intentando la superación de la resistencia en las ciencias sociales y naturales al uso de métodos cualitativos para la recolección e interpretación de datos. Ello presupone, en palabras de Denzin y Lincoln (2011) “una ontología relativista, una epistemología subjetivista y un conjunto de métodos naturalistas”.

3.2 Diseño metodológico y técnicas de investigación utilizadas.

Los datos estadísticos se obtuvieron a través del levantamiento de una encuesta, que es una herramienta para obtener información cuantitativa y que proporciona un panorama introductorio en un tema de investigación para el que no se cuentan con investigaciones en México. La encuesta constó de 3 etapas básicas: 1) la construcción y validación del instrumento o cuestionario, 2) el levantamiento de los datos y 3) el análisis de los datos obtenidos.

La estimación del tamaño de la muestra para la encuesta se dio por aplicación de fórmula epidemiológica, mientras que el tipo de muestreo fue aleatorio, a partir del sorteo de las manzanas en un mapa de las Áreas Geográficas Básicas (AGEB's) que el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) considera como estrato socioeconómico medio.

Luego de obtener los datos cuantitativos y analizarlos, se procedió a la recolección de datos cualitativos a través de la técnica de entrevista, en su variante semi estructurada. Las ventajas de la entrevista son varias, en consideración de que existe un margen de amplitud para la expresión lingüística y discursiva de sus representaciones, conforme las va encontrando o re construyendo el investigador.

La entrevista resulta una herramienta interpretativa útil, pues a través de las narraciones de las personas, el investigador puede interpretar el sentido que las personas dan a las prácticas a través de la experiencia narrada de su inscripción en el mundo (Denzin, 2001, 25), al mismo tiempo que se permite a sí mismo participar de la experiencia para contextualizar la información, improvisar e intervenir sobre lo que escucha, a fin de generar su propio sentido de investigación.

La cantidad total de mujeres entrevistadas fueron 6, obedeciendo a la necesidad de requerir al menos una persona informante dentro de los criterios de inclusión, que en total resultaron 4: la experiencia de la maternidad, la no experiencia de maternidad, la complexión corporal considerada por sí misma como delgada y la complexión corporal considerada por sí misma no delgada.

Estas categorías para la selección e inclusión de las mujeres en la entrevista se determinaron a partir de los resultados de la encuesta, en donde se tomaron en consideración tanto los resultados, como las observaciones de campo de las entrevistadoras en casas. Los datos de las entrevistas se analizaron con base en algunos lineamientos de la Teoría Fundamentada, como herramienta para establecer de nuevo el vínculo entre el dato empírico y la teoría correspondiente, de la cual ya hice referencia en los capítulos anteriores

de este trabajo. La Teoría Fundamentada tiene la ventaja que puede ser utilizada como modelo interpretativo o estrategia metodológica en combinación con otras perspectivas -cuando se quiere partir del objetivismo al subjetivismo-, sin entrar en conflicto en sus raíces ontológicas pues puede ser visto como un factor intermediario que permite ampliar el debate en la construcción y reconstrucción de la ciencia social (Morrow,1994; 3-34)

3.3 El procedimiento durante la encuesta

La etapa inicial o cero dentro de la encuesta fue la determinación de quiénes, cuántas y qué tipo de mujeres participaban en el estudio para investigar el consumo de productos para adelgazar. Desde el principio de la investigación, quedaba claro que debían de tratarse de mujeres que tuvieran edades posteriores a la adolescencia, para la cual ya existe –si no suficiente- información y modelos acerca de cómo se expresa en esas edades la insatisfacción corporal y la incorporación de estereotipos de género e imagen corporal, sin embargo en las mujeres adultas, el rastro de estos procesos o negociaciones socioculturales queda difuminado en la revisión del estado del arte. La edad debía ser también inferior a la edad adulta mayor, ya que las condiciones de vida en esta etapa no podrían ser equiparables a las de las mujeres adultas jóvenes. Desde el punto de vista biomédico, era preferible también no incluir aquellas que de manera natural estuvieran atravesando por un período de climaterio si es que se incluirían datos fisiológicos para el auto reporte.

Finalmente, considerando que parte importante de la dinámica sociocultural de la mujer hoy día es la dimensión laboral, se determinó que el rango de edad de las mujeres debía ser mayor a los 30 años, que es el período que la literatura advierte como la etapa más productiva en la mujer y constituye una edad suficiente según las estadísticas para haber

concluido su carrera profesional o su capacitación para el trabajo. De esta forma, la edad comprendida quedó entre 30 y 45 años de edad.

Luego, la determinación de cuántas mujeres participarían se realizó a través de la aplicación de la fórmula epidemiológica que daba un total mínimo de 385 mujeres y que coincidía también con las tablas utilizadas, tanto en medicina animal como humana, para la estimación de la muestra cuando el error estándar es de 5% y se desconoce el tamaño de la prevalencia -en este caso prevalencia de consumo- considerando como consecuencia un 50% de probabilidad de que alguna mujer consumiera (Mateu y Casal, 2003).

Para determinar cómo se encontraría a las mujeres y qué criterios de inclusión tendrían, se decidió que se realizara con lo que estadística y geográficamente ya se tiene determinado como estrato socioeconómico medio en Hermosillo, Son. La decisión de tomar el estrato medio obedeció a la lógica de que aunque la literatura nos decía que las mujeres con mayores probabilidades y necesidades de adelgazar serían las de los estratos inferiores, era muy probable que el consumo no fuera tan frecuente precisamente por falta de ingresos. Por su parte, las mujeres de estrato socioeconómico alto, tienen acceso a una mayor cantidad de tratamientos para adelgazar, que pueden ir desde la dieta prepagado hasta la cirugía estética, de modo que se decidió considerar el estrato medio, tratando de englobar también al sector de trabajo formal en las mujeres.

3.3.1 La construcción y validación del instrumento

El cuestionario utilizado constó de 38 preguntas que se hicieron de forma abierta a las mujeres y que tuvo la finalidad de obtener las características en las que ocurría el consumo de productos adelgazantes en la ciudad (Ver Apéndice 1). El levantamiento de datos a

través de la encuesta fue equiparable a obtener una fotografía de un instante en la vida de cientos de mujeres, con el inconveniente del olvido y de la dificultad para el establecer confianza, pues es un tema que implica cierto grado de intimidad, pero con la ventaja que proporciona el anonimato y la relativa economía en una encuesta.

Como ya se conocía el sexo, la edad y el estrato socioeconómico, en el primer apartado del cuestionario sólo se colectaron las características sociodemográficas de las consumidoras: Estado civil, religión, años escolares cursados de forma completa, período de residencia en Hermosillo y el giro laboral o profesional.

En los apartados siguientes al sociodemográfico, el cuestionario intentó medir las características que tenía el consumo, aquí las entrevistadoras registraron la modalidad o tipo de producto consumido, el nombre comercial o la sustancia que se estaba utilizando -tratando de que la información fuera registrada con el nombre con el que lo conoce la consumidora-, la frecuencia con la que usa o consume el producto, el período que tiene usándolo, el precio o costo monetario en caso de que no se haya obtenido a través de su centro de atención a la salud y los argumentos que las mujeres daban acerca del por qué consumen esto o por qué quieren adelgazar.

Cómo llegaban las mujeres a conocer o consumir el producto también interesaba a los fines de la investigación. El instrumento intentó medir en sus siguientes apartados cómo se llevaba a cabo el encuentro con el producto consumido, dónde escucharon o supieron de él y luego qué tipo de resultados esperaban que les diera, así como la información tenían acerca de los riesgos y quiénes habían sido los actores claves en ello. Por ello, en los siguientes apartados, el instrumento trata de obtener indicadores acerca de la percepción de

la eficacia del producto, de las probables reacciones adversas que pudo haber producido y de la percepción corporal, desde las mismas mujeres consumidoras.

Finalmente, el instrumento preguntó a las mujeres algunos datos clínicos que pudieran ayudar a determinar las condiciones de salud mínimas en las que se realiza el consumo, además de la percepción que tienen de su propia complexión corporal y el grado de conformidad que puedan sentir con ella.

El instrumento pasó por 2 filtros de validación:

- 1) La validación por expertos, en el que participaron 5 investigadores del tema de la salud y se procedió al pilotaje hasta que éste fue liberado por la totalidad de los participantes. Y
- 2) Por piloteo, en el que se entrevistó de manera estructurada a un total de 10 mujeres y luego se procedió a la corrección del estilo en la forma de dirigir las preguntas y agregar 2 preguntas que en su momento no habían sido consideradas y que consistieron en conocer si la persona poseía alguna derechohabiencia y si había gestionado su tratamiento para adelgazar allí.

Una vez piloteado el instrumento, se procedió a la etapa de levantamiento de datos.

3.3.2 El levantamiento de la información

La decisión de qué manzanas participaban en el estudio se hizo al azar y para el levantamiento de datos se procedió a revisar los mapas proporcionados por el INEGI en el software para el Sistema de Consulta para la Información Censal (IRIS-SCINCE), que es

una herramienta con la que el INEGI cuenta para describir asentamientos humanos a partir del año 2000 en donde se presenta la cartografía de la ciudad con elementos visuales como los nombres de las calles, a fin de facilitar la información de la misma (INEGI, 2004) . En esta herramienta electrónica, con datos levantados por el INEGI en el 2005, se seleccionaron las manzanas de viviendas que pertenecieron a los estratos medios.

Para hacer una captura rápida, se procedió al entrenamiento de 6 personas que fungieron de apoyo durante esta etapa. Las entrevistas se llevaron a cabo en los domicilios correspondientes, determinando que en los hogares donde no se encontrara una mujer con las características buscadas, se procediera a la visita de la siguiente casa hacia el norte o hacia el oriente. En total, 7 entrevistadoras encuestaron a 405 mujeres, distribuidas principalmente al norte, poniente y sur de la ciudad y cuyas manzanas sorteadas pertenecieron a las colonias que actualmente llevan el nombre de:

EL COLEGIO
 Tabla 1
 Colonias en las que se realizó la encuesta

Residencial Casa Bonita	Fovissste
Real Quiroga Residencial	Fraccionamiento Las Villas
Las Villas	Fraccionamiento Real de San Pablo
Las Quintas	Santa Fe
Nueva Galicia	Navarrete Residencial
Fuentes del Mezquital	Fraccionamiento Altares, sección franciscanos
Portales Residencial	Apolo
Alcalá Residencial	Prados de Bugambilias
Las Granjas	Ley 57
Isssteson Centenario	Constitución
Las Palmas	Fuentes Modelo
Peñasco Residencial	López Portillo
Fraccionamiento Las Praderas	Apolo
Privada Rosales	Villas del Sur
Residencial Río Grande	Misión San Jerónimo
San Antonio	Residencial Gala
Villa Bonita	Paseo de las Lomas
Montecarlo	Lomas del Bosque
Versalles Residencial	Loma Bonita

En todos los casos el cuestionario se aplicó de manera individual y no fue auto aplicable, llevando un tiempo de registro para las encuestadoras de 5 a 15 minutos como máximo por cada mujer. Todos los cuestionarios se rellenaron con lápiz y tuvieron un espacio para hacer observaciones de campo de las entrevistadoras. Este apartado contribuyó en gran medida a proporcionar sentido a los datos obtenidos como resultado, dado que, como se esperaba, existieron una gran cantidad de variables con poca fuerza de correlación en el análisis estadístico.

3.3.3 El análisis de los datos cuantitativos.

Los registros hechos en el cuestionario se capturaron en una base de datos construida en el software SPSS, para poder hacer la descripción de las respuestas básicas otorgadas. Cabe señalar, que el análisis de los datos solo llegó a hacerse con estadística descriptiva y con la medición de correlaciones bivariantes, ya que con ello fue suficiente para responder las preguntas de investigación, al nivel que se había determinado. Dado que no fue objetivo de la investigación establecer relaciones de significancia estadística en función de algún modelo de análisis, no se realizaron procedimientos con estadística inferencial. Vgr. regresiones lineales, multivariantes, ecuaciones estructurales, etc.

Los resultados obtenidos durante esta etapa cuantitativa se discutieron en el equipo de trabajo encuestador, así como las observaciones de campo de las entrevistadoras, a fin de tomar decisiones en la siguiente etapa de levantamiento de información. Estos resultados se describen en el capítulo IV del presente documento.

3.4 El procedimiento durante las entrevistas

El objetivo básico de la etapa siguiente fue conocer los significados que para las mujeres tenía el consumo de los productos para adelgazar. Para ello, se elaboró una guía de entrevista semiestructurada, considerando también los elementos que, a juicio del equipo de trabajo, no habían sido cubiertos o respondidos con la encuesta (Ver Apéndice2), además de dejar abierta la posibilidad a la obtención de información y categorías conceptuales conforme se fuera entrevistando a las participantes, tal como lo permite la técnica, pues la intención durante las entrevistas fue identificar y profundizar en los significados, las emociones y los relatos de lo que las mujeres hacen con la intención de adelgazar – representaciones de las prácticas- en su ambiente cotidiano.

Con la información que ya se había recabado en la encuesta, se conocieron cuáles son los productos que las mujeres consumen y en qué características básicas ocurre. Una variable importante que no midió el instrumento y que en las observaciones de campo resultaron significativas o al menos se consideró necesario profundizar, fue la experiencia de la maternidad. Es por ello, que para la decisión de qué criterios de inclusión o exclusión se tomaban para la etapa cualitativa, se determinó que dos factores importantes serían la maternidad y la complejidad del cuerpo.

Se decidió también, con base en los resultados de la encuesta que, dado que 2 terceras partes de las mujeres tenían un empleo remunerado, se agregara como criterio de inclusión que todas las mujeres entrevistadas fueran trabajadoras asalariadas, quedando el cuadro de características de la población entrevistada de la siguiente forma:

Tabla 2

Criterios de inclusión tomados en cuenta para las entrevistas semiestructuradas.

	Asalariadas	
Delgadas	2	1
No delgadas	2	1
	Maternidad	No maternidad

Se entrevistó a 2 personas delgadas con experiencia de maternidad, mientras que solo a una mujer delgada sin la experiencia de ser madre. Se entrevistó además a 2 mujeres no consideradas por ellas mismas como delgadas -con la experiencia de ser madres- y finalmente se entrevistó a una mujer más con una complexión no delgada y sin la experiencia de la maternidad. Todas ellas con los mismos criterios de inclusión en las participantes que habían sido considerados para la encuesta:

- a) Que fueran mujeres entre 30 y 45 años
- b) Que vivieran en una manzana considerada geostadísticamente de estrato medio
- c) Que consumieran productos para adelgazar
- d) Que trabajen de forma asalariada; el criterio agregado a partir de la encuesta.

A partir de la experiencia de una entrevista cancelada donde la persona había sido consumidora de un producto ilícito para adelgazar⁵, se procedió a eliminarla y se agregaron dos criterios de exclusión:

- e) Que no consumieran un producto considerado ilícito o estupefaciente.
- f) Que no hubiera recibido un diagnóstico psiquiátrico en algún momento de su vida.

⁵ La persona era consumidora de “crystal”, una metanfetamina cuya circulación está considerada como narcotráfico en el país y cuyos efectos a la salud y a la economía se consideran altamente nocivos. 18 kilos de cristal, equivalen a 458, 750 dosis de consumo y alrededor de 45 millones de pesos en economía ilegal. (Grupo Fórmula, 29/02/12)

El primer resultado observado con agrado fue la escasa –por no decir nula- resistencia a realizar las entrevistas por parte de las mujeres participantes. Tratándose de mujeres trabajadoras, era de esperarse que en varias ocasiones pospusieran o retardaran las citas. Y si, hubo algunas cancelaciones de última hora, pero todas las mujeres el día que se les realizaron las entrevistas fueron puntuales y dispuestas al diálogo a la hora de las preguntas.

Las entrevistadas se identificaron y contactaron a partir con la técnica bola de nieve. Todas las entrevistas contaron antes con la firma de consentimiento informado de las participantes (Ver Apéndice 3), sin embargo, dicho consentimiento en la mayoría de los casos pareció más un accesorio o algo que las mujeres ni siquiera creyeron necesario leer. En más de una ocasión se dijo, por ejemplo, que no había problema, que –eso lo veíamos después” o que no se les hablara de usted sino de ~~tú~~”, tratando ellas mismas de romper con la formalidad de la conversación y dando la apariencia de ser mujeres informadas y conocedoras de sus derechos como informantes, o bien, poco interesadas en conocerlos. Las mujeres no sólo parecían estar muy acostumbradas a tener este tipo de situaciones –de diálogo- con otras mujeres, sino que además, fue sorprendente ver cómo cada una de ellas, con sus diferentes perspectivas de ver la vida, tenían, prácticamente para todas las preguntas, una respuesta contundente. Es decir, la información que ellas dieron como argumentos, son discursos ya trabajados, son formas aprendidas -y repetidas lingüísticamente hablando- de ver la vida, de consumir, de trabajar, de –alcanzar” la salud y de verse ~~bien~~”.

Las entrevistas se realizaron en 4 ocasiones en los domicilios de las mujeres y en 2 ocasiones en sus lugares de trabajo, por disposición de las mismas informantes. Todos los diálogos fueron grabados y almacenados digitalmente para luego ser transcritos. Los

transcriptores fueron personas que radicaron fuera de la ciudad y a quienes desde el inicio de la grabación, se les proporcionaba la clave de registro con la que se almacenarían los datos. Con las transcripciones, hechas inicialmente en la paquetería Word (®Microsoft, 2007) se procedió a hacer el etiquetado correspondiente y luego los ejes de análisis bajo la técnica de la Teoría Fundamentada, todo ello con ayuda del software NVivo 7(®QSR, 2007).

En total, se analizaron 224 cuartillas de transcripciones de entrevistas en letra calibrí 12 a interlineado sencillo, correspondientes a un total de 8 horas y 31 minutos de grabación, lo que genera un promedio de 83 minutos ó 37 cuartillas de transcripción en promedio por cada una de las entrevistadas. Las observaciones realizadas a partir del contenido de los discursos de estas mujeres es lo que se describe en el capítulo V del presente trabajo, para finalmente dar paso a las conclusiones y responder las preguntas de investigación planteadas desde el principio de la investigación.

3.5 Limitantes

Una de las limitaciones en el estudio es en principio epistemológica, ya que se parte de la concepción de que, a partir de las narraciones y los discursos de las mujeres, es posible identificar las prácticas. En realidad, cuando en el trabajo se habla de prácticas, se está haciendo alusión a las narraciones que las mujeres hacen acerca de lo que se suponen practican con sus cuerpos. Hubiera sido imposible en términos fácticos, durante el período de realización de la investigación, observar con un muestreo representativo las prácticas que las mujeres realizan en la vida cotidiana para intentar adelgazar o ~~no~~ engordar”.

Otra limitante más se puede observar en el uso de los datos para establecer el anclaje empírico en los datos cuantitativos, ya que cuando se inició la encuesta, los datos con los que se partió a campo fueron tomados del IRIS-SCINCE 2005 y ello suponía –al haberse realizado la investigación en el 2010- aproximadamente 5 años de diferencia en el tiempo y por lo tanto, una serie de cambios en las condiciones socioeconómicas y de vivienda de las mujeres. La razón de hacerse así fue que al momento de tener que realizar las visitas domiciliarias, el INEGI todavía no tenía publicados los resultados del último Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 a nivel de AGEB.

Finalmente, el tercer factor considerado como limitación dentro del estudio fue que en la etapa de recolección de datos cualitativos, la totalidad de mujeres entrevistadas fueron trabajadoras asalariadas y no se entrevistaron mujeres que se dedicaran –al hogar”. Ello se hizo asumiendo que las mujeres que resultaron consumidoras en la encuesta eran mujeres trabajadoras asalariadas en su mayoría, pero también en parte, bajo el supuesto de que, aunque la mujer que se define a sí misma como –ama de casa”, en realidad nunca deja de ser trabajadora, como lo afirma la literatura y las estadísticas, e incluso, puede estar sometida a una mayor presión social mayor para mantener un cuerpo delgado por el hecho de –no trabajar”. Si se desea conocer si existiera alguna diferencia cualitativa entre las prácticas de las mujeres asalariadas y no asalariadas, habría de hacerse un procedimiento similar de entrevistas con mujeres que se dediquen a trabajar exclusivamente –en el hogar”.

IV RESULTADOS CUANTITATIVOS: EL CONSUMO EN LA POBLACION

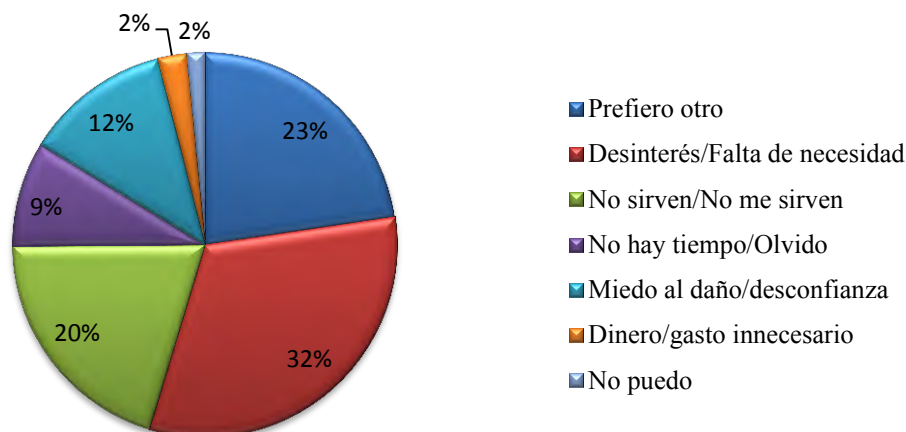
A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la técnica de encuesta a las 405 mujeres participantes en la investigación. Del 100% de las mujeres encuestadas, se encontró que el 51.9% estaba consumiendo o había consumido por lo menos un tipo de producto para adelgazar, durante los últimos 6 meses, mientras que el 48.1% restante, no consume actualmente nada.

Del 48.1% de mujeres que no consumen productos adelgazantes, el 1.2% reportó que en algún otro momento de su vida –anterior a los 6 meses- lo había hecho con éxito, pero en la actualidad no consumían. Estos productos fueron en su totalidad tratamientos farmacológicos acompañados de ejercicio. Mientras que del mismo subgrupo no consumidor, el 4.9% del total de mujeres reportó haber consumido los productos en otro momento, sin haber obtenido resultados satisfactorios y ello lo consideraron como la causa de no consumir actualmente nada.

Si se hace una agrupación de las respuestas otorgadas por el 48.1% de las mujeres que no consumen actualmente productos para adelgazar, se observará que los motivos reportados para no consumir, atienden a la efectividad del producto, a la percepción de la necesidad de usarlos, a la confiabilidad, a la creencia del daño que hacen al organismo y al gasto, quedando la distribución de las respuestas de la siguiente forma:

Gráfica 6

Motivo por el que no se consume actualmente producto(s) para adelgazar.



El motivo más frecuente entre quienes reportaron no consumir, fue que a las mujeres no les interesa o no lo ven necesario. Las mujeres proporcionaron respuestas como “¿para qué adelgazar?”, “no me interesa” o “soy una gordita feliz”. Mientras que en el subgrupo de las mujeres que se centraron en la eficacia, fue frecuente escuchar frases como “esas cosas no sirven” o “a mí no creo que me funcionen”. La justificación menos frecuente para no consumir fue la falta de dinero o el elevado costo de los productos, encontrando que fue mayor el porcentaje de la población que afirmaba que los productos tenían un riesgo inherente para la salud (12%), que quienes argumentaron sus altos costos económicos (2%). Quedo clara en esta parte de la investigación cómo el gasto por el producto, no iba a representar una variable contundente a la hora de decidir ni el producto, ni la forma de consumo.

La percepción del riesgo se codificó a partir de frases como “a mí me dan miedo las pastillas” o “le tengo desconfianza a esas cosas”, encontrando que representaron una minoría entre los argumentos dados. El listado desglosado de argumentos otorgados para no consumir se encuentra descrito en la tabla siguiente:

Los productos que el 4.9% de las mujeres, del total de la muestra, reportó haber utilizado en algún momento de sus vidas sin efectividad y ello ha sido motivo para ya no consumir productos actualmente fueron:

Tabla 3

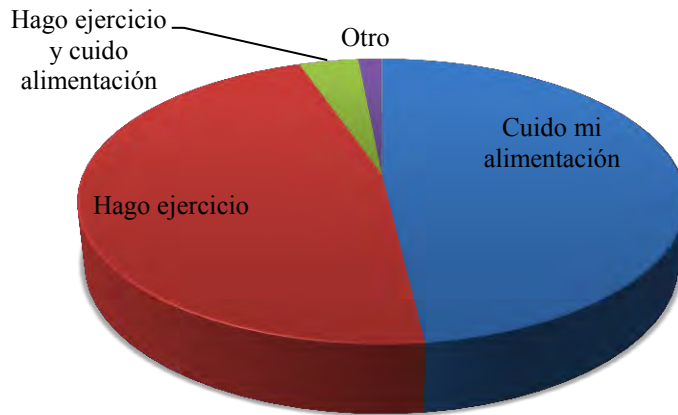
Productos consumidos con anterioridad a los 6 meses sin mostrar efectividad.

Producto:	Frecuencia:	Porcentaje:
Acupuntura/Balines	4	.98
Pastillas Pso Exacto	3	.74
Orlistat	3	.74
Sibutramina	2	.49
Alcachofa y gel reductivo	2	.49
Te naturista de varias hierbas	1	.25
Desayuno Herbalife	1	.25
Tratamiento con nutriólogo/dietista	1	.25
Tratamiento de masajes y pastillas	1	.25
Crema PSO Exacto	1	.25
Crema metabol tonic	1	.25
Total	20	4.9%

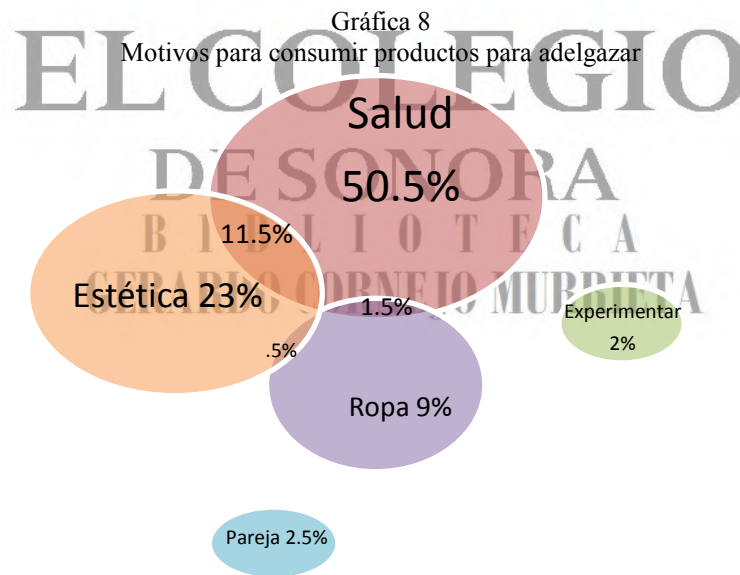
Si se suman los porcentajes de consumo actual con los de algún tiempo previo, se podría afirmar que cerca del 58% de las mujeres pertenecientes al estrato medio ha consumido productos para adelgazar en algún momento de su vida. Esta mayoría, da una idea de la normalización estadística y demuestra que en efecto, la delgadez es un tema importante en la vida cotidiana de las mujeres.

Aquellas mujeres que reportaron no estar consumiendo ningún producto para adelgazar, pero en cambio realizan actividades o contratan servicios para mantenerse delgadas, equivalen al 27% de la población total de mujeres que no compran actualmente nada. O bien, el 13% de las mujeres de las mujeres en general que en todo el estrato, no compran productos, y a cambio, incorporan otras estrategias de adelgazamiento como:

Gráfica 7
Otras medidas para adelgazar, cuando no se consumen productos.



Las mujeres en cambio que sí consumieron en el último mes algún producto para adelgazar y constituyen el 51.7% de la población, argumentaron diferentes motivos para hacerlo. A continuación se desglosan los resultados obtenidos:



Como puede observarse, en algunas ocasiones las mujeres otorgan más de un solo argumento para justificar el consumo de los productos y el grueso de las respuestas suelen

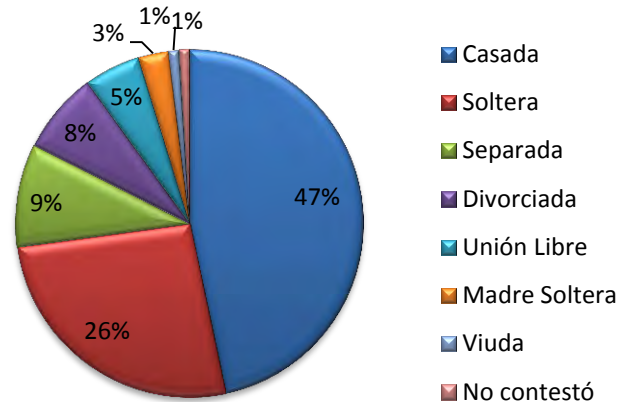
tratarse de argumentos asociados a la salud y la estética. Si hace una reagrupación de los motivos, tendríamos que los discursos más comunes fueron la salud, la estética o imagen personal y la disminución o prevención de enfermedades, tal como lo muestra la gráfica 8, en donde si se engloban las respuestas de “salud” con “traer sobrepeso” y “prevención de enfermedades”, se obtendría que el 61% de los motivos de consumo tienen que ver “de acuerdo al discurso- con la salud y la prevención de enfermedades. Mientras que si se engloba la respuesta “estética” con “reducir talla/que me quede la ropa bien” e “imagen laboral”, se encontraría que el 47% de los casos de consumo están motivados por aspectos ligados a la percepción de imagen y belleza de las mujeres consumidoras.

4.1 Características sociodemográficas de las consumidoras de productos adelgazantes.

Las características sociodemográficas de las mujeres consumidoras de productos para adelgazar fueron las siguientes:

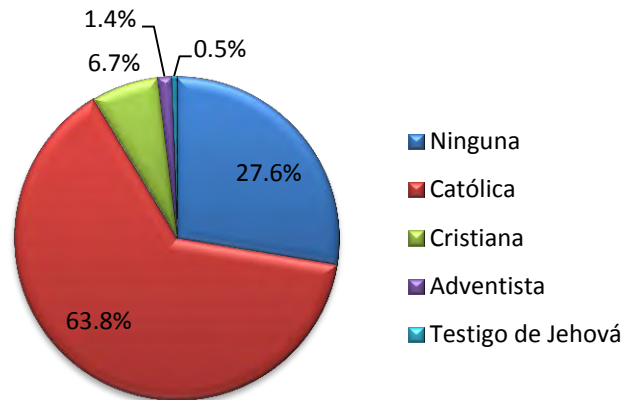
- a) Estado Civil: Aproximadamente la mitad de las mujeres (52%) vive con alguna pareja, ya sea casada o en unión libre, mientras que la otra mitad se encuentra en su mayoría soltera o separada actualmente de la pareja. El estado civil fue la única variable sociodemográfica que tuvo una asociación estadística tanto para el consumo de productos como para los motivos por los que se quiere adelgazar. Encontrando que entre más formal es el vínculo de la mujer –de soltera a casada- es más probable que la mujer consuma y consuma argumentando el motivo “salud”. Otra forma de interpretarlo es que las mujeres solteras son las que consumen prácticamente la misma cantidad de productos, pero sus argumentos tienen que ver más con el resto de las esferas explicativas como la estética o el experimentar con su cuerpo.

Gráfica 9
Estado civil de las mujeres consumidoras de productos adelgazantes



b) Religión: La mayoría de las mujeres mencionaron pertenecer a la religión Católica, mientras que cerca del 28% dijo no pertenecer a ninguna religión. Cerca del 7% se declaró Cristiana, el 1.4% de religión Adventista y sólo se encontró un caso de una mujer perteneciente a los Testigos de Jehová. En esta variable no existió correlación significativa con el tipo de producto o motivo para consumirlo, sin embargo, que la mayoría sea practicante de alguna religión, puede confirmar las aportaciones de Comelles (2009) acerca de que la intención de adelgazar está vinculada a la incorporación en la práctica de las nociones judío cristianas sobre lo bueno/malo, placer/pecado, instinto/moderación y que se inscriben en el carácter moral de lo que las personas hacen con su cuerpo.

Gráfica 10
Religión de las mujeres consumidoras de productos para adelgazar



- c) Escolaridad: La escolaridad encontrada en general fue alta, por arriba del promedio del índice de escolaridad en el país para las mujeres. Los años mínimos cursados fueron 9, equivalente a la secundaria terminada, mientras que se encontró una máxima de 19 años cursados, correspondientes al nivel de maestría o posgrado. La media en la escolaridad del total de la población encuestada fue de 14 años escolares, correspondientes al cuarto semestre de carrera universitaria, o dos años de universidad, al menos 5 años más de escolaridad que la mayoría poblacional de las mujeres en México.
- d) Lugares de nacimiento. La mayoría de las consumidoras se tratan de mujeres originarias de Hermosillo, Son. (60.5%), que al sumárseles al resto de la población nacida en otras partes del estado de Sonora, resultaron en un total de 87% de la población muestral. Solo cerca del 4% de las mujeres proviene del estado de Sinaloa y la minoría restante se diversifica en diferentes estados de la república, Distrito Federal y otros lugares específicos fuera del país, como Arizona, USA y Venezuela.

Tabla 4
Lugares de nacimiento de las mujeres consumidoras de productos adelgazantes

Lugar:	Frecuencia	Porcentaje	Lugar:	Frecuencia	Porcentaje
Hermosillo, Son.	127	60.5	Cananea, Son.	2	1.0
Cd. Obregón, Son	17	8.1	Los Mochis, Sin.	2	1.0
Caborca, Son.	9	4.3	Chihuahua, Chih.	2	1.0
Navojoa, Son	6	2.9	Magdalena de Kino, Son.	2	1.0
Nogales, Son.	6	2.9	Cd. Juárez, CHih.	2	1.0
Guaymas, Son.	5	2.4	Gómez Palacio, Dgo.	1	.5
Agua Prieta, Son.	4	1.9	Tucson, Arizona, USA	1	.5
Culiacán, Sin.	4	1.9	Sonoyta, Son.	1	.5
México, DF	3	1.4	Toluca, Edo de Mex	1	.5
Ures, Son	3	1.4	Valencia, Venezuela	1	.5
Guadalajara, Jal.	3	1.4	Santa Ana, Son.	1	.5
Torreón, Coah.	3	1.4	Mexicali, B.C.	1	.5
Guasave, Sin.	2	1.0	Tijuana, B.C.	1	.5
TOTAL				210	100%

- e) Migración: La migración de las mujeres consumidoras es baja, solamente hacen referencia a viajes por motivos de vacaciones o consumo, pero el período de residencia en la localidad es alto para la mayoría. El período de residencia en Hermosillo para la mayoría de las mujeres

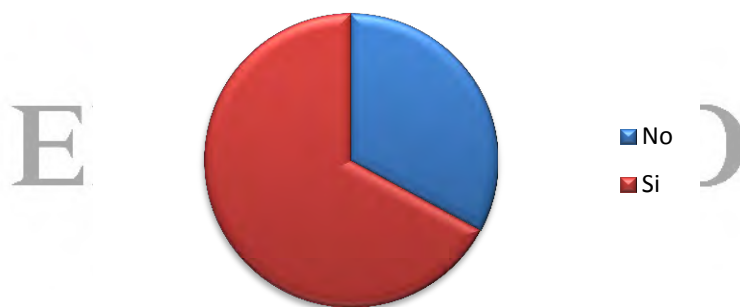
que no son originarias de la ciudad fue de más 5 años en la ciudad, mientras que casi el 10% de las mujeres que tiene entre uno y 5 años de radicar en la misma localidad.

Tabla 5
Tiempo de residir en la localidad en las mujeres consumidoras de productos adelgazantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Toda la vida/De aquí soy	127	60.5
Menos de un año	2	1.0
De 1 a 5 años	20	9.5
Más de 5 años	60	28.6
No contestó	1	.5
Total	210	100.0

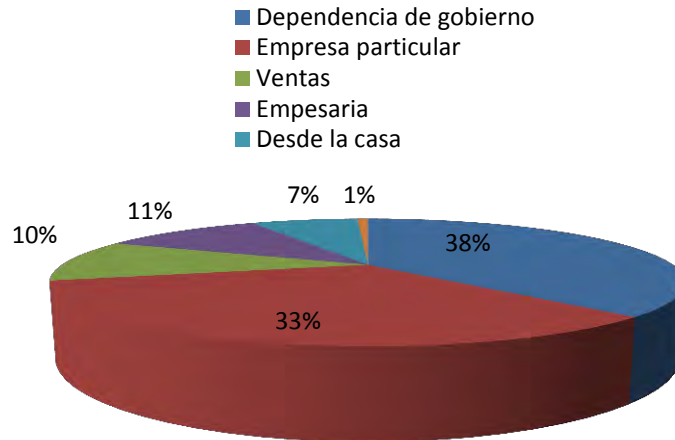
- f) Empleos: Las dos terceras partes de las mujeres consumidoras (67%) reportó que cuenta con un empleo remunerado. Mientras que la tercera parte es ~~una~~ "ama de casa".

Gráfica 11
Mujeres consumidoras de productos para adelgazar que cuentan con un empleo remunerado.



En el tipo de empleos remunerados, se encontró que la mayoría de las mujeres consumidoras de productos para adelgazar, están contratadas entre las dependencias de gobierno y las empresas particulares, pero también se encontró un porcentaje considerable respecto a todas las actividades económicas, de mujeres que trabajan en ~~ventas~~ "ventas". Ello confirma la condición de empleadas subordinadas, pero a la vez, abre la posibilidad a formular nuevas hipótesis respecto a la exposición que tienen a una gran gama de productos para adelgazar.

Gráfica 12
 Tipo de empleo de las mujeres consumidoras de productos adelgazantes



Respecto a la seguridad social y la afiliación a servicios de salud en las consumidoras, se encontró que la mayoría está integrada al sistema de salud, excepto por el 20% de mujeres que no mencionó ningún tipo de afiliación y que se asocia al consumo de servicios particulares para la salud, al autoempleo, al desempleo temporal y a la prestación de servicios profesionales en calidad de independientes, como se puede observar en la siguiente tabla:

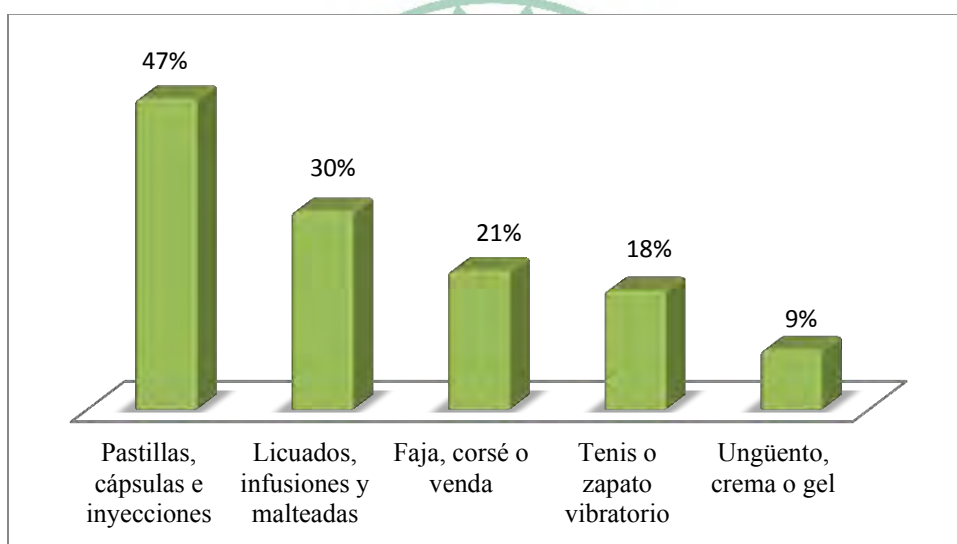
Tabla 6
 Afiliación a los servicios de salud de las mujeres consumidoras de productos adelgazantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	42	20.0
IMSS	56	26.7
ISSSTE	21	10.0
ISSSTESON	45	21.4
Seguro Popular	16	7.6
Seguro de gastos médicos mayores	16	7.6
Servicios Subrogados	6	2.9
IMSS e ISSSTE	6	2.9
IMSS e ISSSTESON	2	1.0
Total	210	100%

4.2 Características del consumo.

El tipo de producto más consumido entre las mujeres son los medicamentos, que son usados por el 47% de las mujeres que en general consumen productos para adelgazar. Luego siguen las bebidas preparadas, que se consume por 3 de cada 10 mujeres que compra algo para adelgazar. En tercer lugar se encuentran las prendas de vestir y calzar, mientras que el porcentaje menor de consumo se registró en las cremas o ungüentos.

Gráfica 13
Consumo por tipo de producto entre mujeres consumidoras de productos para adelgazar



La mayoría de las mujeres consumidoras reportó sólo la compra de un artículo o producto para adelgazar, pero alrededor del 20% reportó estar consumiendo dos productos al mismo tiempo. En la siguiente tabla, puede observarse cómo alrededor de un 3% de las consumidoras de productos adelgazantes, consume de manera simultánea más de 3 productos.

Tabla 7
Porcentaje de mujeres que consumen de uno a cuatro productos para adelgazar

	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres que consumen 1 producto para adelgazar	163	77.6

Mujeres que consumen 2 productos para adelgazar	41	19.5
Mujeres que consumen 3 productos para adelgazar	5	2.4
Mujeres que consumen 4 producto para adelgazar	1	.5
Total	210	100%

Los productos utilizados con mayor frecuencia fueron los medicamentos, consumidos por el 47% de las mujeres que resultaron consumidoras, el equivalente al 24% de todas las mujeres del estrato socioeconómico. El 46% de las mujeres consumidoras prefiere pastillas o cápsulas, mientras que el 1% elige usar productos inyectables.

Tabla 8
Pastillas y cápsulas utilizadas por las mujeres consumidoras de productos adelgazantes

	Frecuencia	Porcentaje
Alcachofa	27	12.9
Orlistat	23	11.0
Xenical	15	7.1
Meizitang	14	6.7
Pso Exacto	9	4.3
Redustat	6	2.9
Sibutramina	3	1.4
Metaboltonics	3	1.4
Chromium Picolinate	2	1.0
Cápsulas de moringa	2	1.0
Amsa Fast	1	.5
Glucofage	1	.5
Mazindol	1	.5
Acai Berry	1	.5
Total	210	100%

Como puede observarse, la principal cápsula consumida se trata de diferentes marcas de “Alcachofas”, un producto que se supone fue retirado del mercado durante el año pasado según la COFEPRIS, además de otros medicamentos como el Pso Exacto, Sibutramina y las cápsulas de moringa. Cabe señalar también que aunque sólo se encontró un caso, otro producto consumido con la intención de adelgazar fue “Glucofage” un medicamento recetado para el tratamiento de diabetes mellitus, pues según el auto reporte

de la consumidora, aunque ella no padece diabetes, desde su perspectiva, le ayudaría a manejar el azúcar en su organismo y evitar que ésta se convirtiera en grasa.

Tabla 9
Nombre de las inyecciones consumidas para adelgazar:

	Frecuencia	Porcentaje
L-Carnitina	3	1.4
Ampolletas de alcachofa	3	1.4
Total	6	2.8%

Las inyecciones utilizadas a manera de medicamento son ampolletas de alcachofa y la L-Carnitina, que 6 de las usuarias reportaron consumirlas durante la encuesta. Este tipo de productos serían consumidos aproximadamente por el 3% de las mujeres que buscan adelgazar a través de la compra de productos. Las consumidoras reportaron que para su compra no requirieron receta médica y ellas mismas hacen la aplicación de las ampolletas en las zonas corporales donde quieren disminuir la grasa.

Por su parte, los productos bebidos en forma de licuados, suplementos alimenticios o infusiones de hierbas, fueron consumidos por la cuarta parte de las mujeres que actualmente consumen algo para adelgazar, el equivalente al 13% de la población total de las mujeres en el estrato socioeconómico a nivel ciudad. Las bebidas consumidas fueron las siguientes:

Tabla 10

Licuados, infusiones y suplementos alimenticios consumidos para adelgazar.

	Frecuencia	Porcentaje
Herbalife	17	8.1
Te Verde	4	1.9
Sobres de Omniplus	3	1.4
Slim Fast	3	1.4
Te Rojo	3	1.4
Te Alcachofivida	2	1.0
Te Kg	2	1.0
CEI Activador	2	1.0
Te adelgaC	1	.5
Suplemento vitamínico de Slimfast	1	.5
Gastrian	1	.5
Te de toronja	1	.5
Metabol Te	1	.5
Sim One	1	.5

GNC Plus	1	.5
Café Metabol	1	.5
Te de hierbas naturistas	1	.5
Nutrilite	1	.5
T-S Abdomen	1	.5
Delinea-Te	1	.5
Nutrishake	1	.5
TermoJetics	1	.5
Mega Health	1	.5
Fiber N Plus	1	.5
Moringa	1	.5
Total	53	25%

Finalmente, en el tipo de productos tópicos, es decir, aquellos que se comercializan para ser aplicados a través de la piel, como cremas, ungüentos o geles, se puede observar que la frecuencia disminuye, encontrando que solo el 7.14% de las mujeres consumidoras estuvo usando alguno de los siguientes productos durante el momento de ser encuestadas:

Tabla 11
Cremas, ungüentos y geles consumidos:

	Frecuencia	Porcentaje
Pso Exacto	4	1.9
Crema Metabol tonic	1	.5
Biotherm	3	1.4
Siluet 40 reafirmante	3	1.4
Astro	2	1.0
Crema hecha en casa	2	1.0
Total	15	7%

Los productos de calzar que las mujeres nombraron que usaban actualmente para intentar adelgazar fueron los siguientes:

Tabla 12
Nombre de tenis o zapato deportivo consumido

	Frecuencia	Porcentaje
Fitness Step	21	10.0
Step Gym	11	5.2
Vibro Step	6	2.9
Total	38	18%

Mientras que las prendas de vestir, que las mujeres consumen con la finalidad de adelgazar, se diversifican entre vendas envolventes, corsé, enteros y las llamadas fajas. Su frecuencia y marcas se enlistan en la siguiente tabla:

Tabla 13
Nombre de prendas de vestir usadas para adelgazar

	Frecuencia	Porcentaje
Faja (cinturilla) Avon	9	4.3
Body Frederick	7	3.3
Body Innova	4	1.9
Body Siluet	4	1.9
Venda elástica	3	1.4
Faja Frederick	3	1.4
Faja sin marca	2	1.0
Faja Kishisa	2	1.0
Body Loveland	2	1.0
Corsé Avon	1	.5
Venda postmasaje	1	.5
Banda Innova	1	.5
Body Avon	1	.5
Venda azul terapéutica	1	.5
Venda de neopreno	1	.5
Faja gruesa de \$300 en Walmart	1	.5
Body Kishisa	1	.5
Body Ilusión	1	.5
Total	45	21%

El período que tenían consumiendo los productos al momento de aplicar la encuesta generalmente fue de más de 2 meses. La mitad de las mujeres que consumen 1 o 2 productos para adelgazar, tenían entre 3 y 6 meses consumiendo su(s) producto(s), mientras que una cuarta parte tenía entre 6 meses y un año. En cambio, las mujeres que consumen 3 o 4 artículos, se encontró que manejaban diferentes períodos de tiempo en el consumo para los productos.

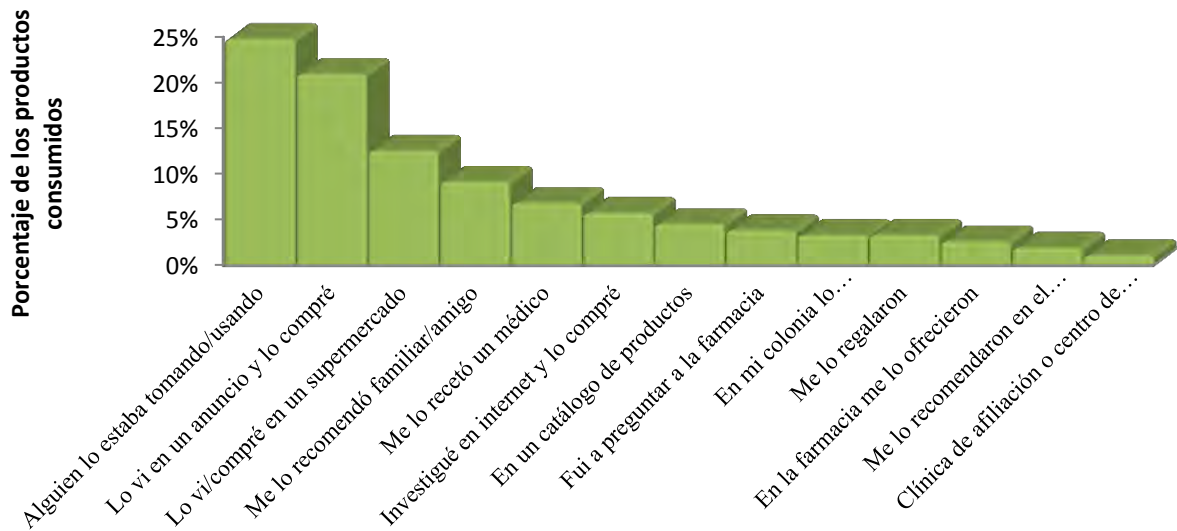
La frecuencia de uso fue bastante alta, encontrando que la mayoría de las mujeres (60%) que consumen un solo producto, lo hacen de forma diaria, es decir, ingieren, visten o usan el producto para adelgazar una o más veces al día. Encontrando además, que conforme

aumentan el número de productos usados, disminuye la frecuencia de uso obtenida como promedio por producto. Pareciera que entre más productos consume cada mujer, cuando se conserva la frecuencia diaria ésta sucede sólo en un producto y los demás se usan de manera esporádica o intermitente.

La forma en la que las mujeres describen que se enteran de los productos es predominantemente a través de la recomendación, directa o indirecta –solo por observación- de otra persona que ya lo haya consumido. La cuarta parte de los productos se consiguen así, a partir de la observación de alguien que está bajando de peso y entonces las mujeres investigan qué es lo que la persona estaba usando, cuando no reciben la recomendación directa la persona que bajó de peso o adelgazó.

Como puede observarse en la gráfica siguiente, las formas de enterarse de la existencia del producto o escuchar algo de él por primera vez, tienen que ver con los lugares donde tradicionalmente se comercializan los productos, pero también con experiencias previas de recomendación o investigación por parte de las mujeres acerca de la eficacia del tratamiento o producto. Llama la atención que el porcentaje de mujeres que investigan qué pueden consumir a través de internet, es ligeramente mayor a las que lo hacen a través de un catálogo impreso o a través de su clínica o centro de salud al cual se encuentran afiliadas. Así mismo, que el gimnasio, que regularmente se trata de un servicio privado, aparezca en un índice porcentual ligeramente mayor que las mismas clínicas, en donde al menos los productos farmacológicos, pueden conseguirse de manera gratuita, como derecho de afiliación.

Gráfica 14
 Forma de enterarse de los productos que se consumen actualmente



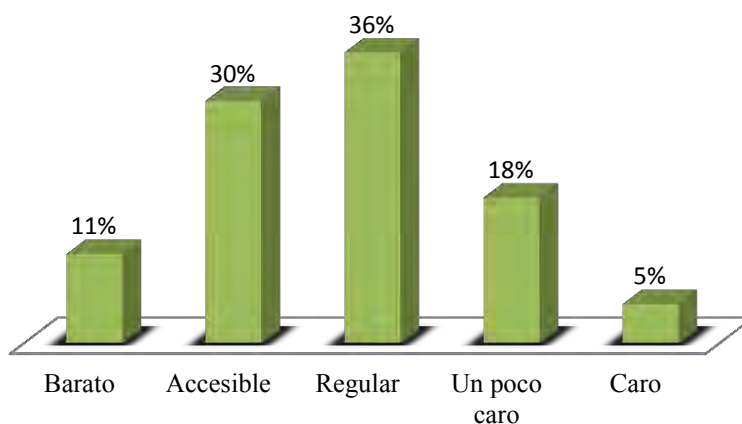
El costo económico de los productos para adelgazar es diverso, encontrando que las mujeres suelen recordar con relativa facilidad el dato de cuánto les costó en la época en la que compraron su último tratamiento. El gasto mínimo invertido en un producto puede ser de \$30 pesos, que corresponde a una venda elástica o a una caja de “costalitos” de té de hierbas, mientras que el gasto más alto, puede observarse –según el auto reporte de las mujeres- en un paquete de bebidas para sustituir el desayuno durante un mes, o bien, un par de tenis vibratorios, que pueden llegar a costar alrededor de \$1, 800 pesos.

En el total de 263 productos consumidos en nuestra muestra, incluyendo todos los tipos y marcas comerciales, las mujeres gastaron \$ 129, 249 pesos, lo que genera un promedio de \$491 pesos con 44 centavos por cada producto adelgazante.

La percepción del precio para la mayoría de las mujeres es de ser accesible y regular. Tal como lo indica la siguiente gráfica, al 77% de las mujeres no les parece caro el precio del producto que pagan por él, mientras que a un 18% le parece un poco caro y solo al 5% sí le parece un precio caro.

Gráfica 15

Percepción de los precios que pagan por los productos adelgazantes



Restando al 20% de las mujeres consumidoras que no se encuentran afiliadas de forma constante en el sistema de salud del estado, cuando se les preguntó a las que se encontraban afiliadas si habían realizado algún trámite o proceso para obtener el producto a través de su centro de atención a la salud, solo el 3% mencionó haber intentado algo al respecto en algún momento de su vida, en cambio, el 77% mencionó que no lo había intentado nunca.

Al preguntárseles el motivo de no solicitar el tratamiento o producto para adelgazar en su centro de atención a la salud, las respuestas fueron las siguientes:

Tabla 14

Motivo por el que no se gestionó el producto adelgazante en su centro de salud o lugar de afiliación.

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
No cubre esto el servicio de atención/No lo dan allí	102	48.6
No lo se	23	11.0
Por desidia	9	4.3
Porque me saldría muy caro consultar particular	6	2.9
Me dio flojera	6	2.9
No tengo tiempo	4	1.9
Casi no consulto allí	4	1.9
Por ignorancia, la verdad	1	.5
Porque el tratamiento es seguro, lo consume un personal de salud	1	.5

Allí solo me iban a poner a dieta	1	.5
Porque el trámite es largo para pasar con el especialista	1	.5
Porque para esto no pago consulta	1	.5
Porque de cualquier forma me pagaría yo el tratamiento	1	.5
Fue una decisión propia	1	.5
Total	161	77%

El estado civil de las mujeres fue la variable sociodemográfica que se correlacionó significativamente con los motivos para adelgazar, encontrando que existe una fuerza de correlación entre la soltería de la mujer y los motivos para adelgazar no asociados a la salud, mientras que en las mujeres casadas o en unión libre, existió correlación estadística entre el motivo –salud” y el consumo de diferentes productos.

La mayoría de las mujeres –dado que confían en que un suplemento alimenticio, un cosmético o una prenda de vestir o calzar es lo que las va a hacer adelgazar- no hace el esfuerzo de consultar o iniciar un trámite para la cobertura del gasto, pues saben de antemano que éste tipo de productos no será cubierto por el sistema de salud y terminarían invirtiendo más tiempo, dinero y esfuerzo en la visita a su centro de atención a la salud.

Dentro de los 7 casos (3% del total de consumidoras) que sí acudieron a su centro de salud para realizar alguna solicitud al respecto, se encontró que 3 de estos casos percibieron la experiencia como un evento de éxito para ellas, mientras que en 4 casos, la visita al médico fue percibida como desalentadora. Las razones que expusieron las mujeres como consecuencia de la gestión realizada en su centro de salud fueron las siguientes:

Tabla 15

Consecuencias de haber gestionado el producto para adelgazar en su centro de salud

	Frecuencia	Porcentaje
Me dieron recomendaciones pero no fármacos (percibido como fracaso)	3	1.4
Fui con mi médico de toda la vida y por él estoy bajando (percibido como éxito)	2	1.0
Es difícil que baje de peso por mis enfermedades (percibido como fracaso)	1	.5
Me dieron la sibutramina a través del seguro (percibido como logro o éxito)	1	.5
Total	7	3%

En total, solo el 16% de las mujeres accedió a la compra del producto una vez que visitaron a un especialista o centro de atención a la salud. Dichas mujeres recibieron el producto –o la orden de compra del producto- a través de farmacias, consultorios particulares y las clínicas. Las especialidades médicas o profesionales del experto que recomendó el tratamiento fueron:

Tabla 16 a

Especialidad del profesional de salud que recomendó el producto:

	Frecuencia	Porcentaje
Médico general	14	6.7
Nutriólogo/a	7	3.3
Farmacéutico/a	6	2.9
Internista	4	1.9
Endocrinólogo/a	2	1.0
Ginecólogo/a	1	.5
Total	34	16.2%

En cambio, entre la totalidad de mujeres que consumieron algo sin haber ido a consulta con un especialista médico para bajar de peso, la mayoría coincidió en que la mayor influencia para tomar la decisión de usar el producto, se trató de otra persona que bajó de peso con anterioridad, a la cual consideraron como experta.

Solo en el 15% de los casos, la información obtenida de alguna persona que adelgazó fue corroborada por la recomendación que hacía la persona que les vendió el producto en el lugar. El resto de las propiedades del producto investigadas para

considerarlo un producto probablemente efectivo para ellas se investigaron a través de medios impresos y electrónicos, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla 16 b
Persona o situación que se tomó como experto cuando no hubo cita con especialista:

	Frecuencia	Porcentaje
Un usuario/a	105	60.0
Empleado(a) de la tienda, vendedor, persona que atiende mostrador	30	17
Comercial de televisión o anuncios en medios impresos	26	15
Portal web	6	3
Una revista médica	4	2
No hubo persona que me lo recomendara, yo fui a comprarlo directo	3	2
Un homeópata/hierbero	2	1
Total	176	100%

Al preguntársele a la totalidad de las mujeres consumidoras qué aspectos les había resultado significativo o importante del momento en el que les prescribían el tratamiento o les vendían el producto –ya sea en un supermercado, en una farmacia, o con el médico consultado-, la inmensa mayoría no recordó nada o dijo no haber pasado nada trascendente (82%), alrededor del 10% hizo observaciones en relación a si les midieron algo o no en el cuerpo, mientras que el 2% se enfocó en aspectos de la calidez de la atención de la persona que los atendió.

Tabla 17
Aspectos que le fueron significativos a la consumidora a la hora de obtener el producto

	Frecuencia	Porcentaje
Nada significativo/no recuerdo	172	81.9
Me peso y me midió	9	4.3
Me pesó, me midió, me hizo estudios y me dio información útil	8	3.8
Me dio información útil	8	3.8
El/Ella misma me dio el producto	4	1.9
Fue amable	4	1.9
Me mando hacer estudios/laboratorios	3	1.4
No me pesó ni me midió	1	.5
Me puso a dieta	1	.5
Total	210	100 %

Al preguntárseles si junto con el tratamiento o producto se les dio alguna indicación específica o tarea, la gran mayoría respondió que no (77%), mientras que menos de la cuarta parte, respondió que sí. Ese 23% reportó que los cuidados o indicaciones específicas que les dieron fueron las siguientes:

Tabla 18
Indicaciones dadas por quien recomendó el producto.

	Frecuencia	Porcentaje
Dieta, ejercicio y estar al pendiente de mi organismo	14	6.7
Hacer ejercicio	11	5.2
Tomar mucha agua	9	4.3
Llevar dieta especial	8	3.8
Estar al pendiente de cambios en mi organismo	4	1.9
Investigar más	1	.5
Considerar tiempo de garantía	1	.5
Que me comiera la planta como quelite o lechuga	1	.5
Total	49	23.4%

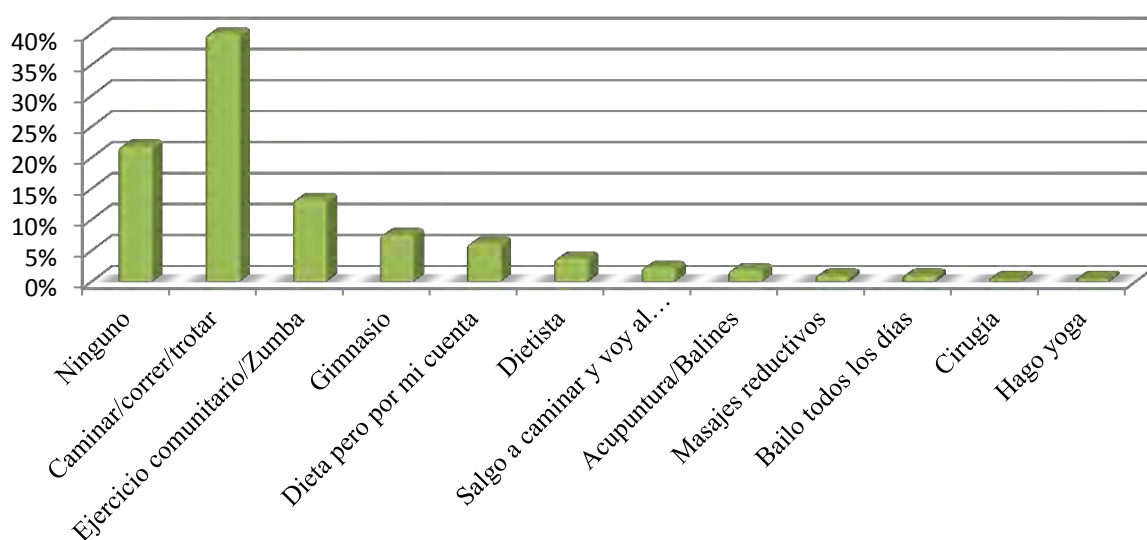
Cuando se preguntó si las mujeres además del consumo del producto, recurrían a servicios para lograr o mantener la delgadez, se encontró que solo el 22% de las mujeres – menos de la cuarta parte- no hacía otra actividad, ni contrataba servicios. En cambio la mayoría de las mujeres, al mismo tiempo que consume los productos con la intención de adelgazar, también contratan servicios con el mismo propósito. Los servicios contratados tienen que ver en su mayoría con la renta de espacios para la realización de prácticas de ejercitamiento, mientras que en una minoría, con servicios de alimentos nutritivos o servicios de medicina alternativa.

Como puede observarse en la gráfica 10, la actividad más frecuente, presente en 4 de cada 10 compradoras de productos adelgazantes es salir a caminar o correr, esto resulta el equivalente al 21% de las mujeres en general del estrato en las edades de 30 a 45 años.

Pero también constituyen una práctica frecuente el ejercicio –Zumba” y acudir al gimnasio, el cual, es en su inmensa mayoría contratado como un servicio particular.

Solo el 10% de las mujeres consumidoras mencionaron como medida complementaria al consumo de su producto la dieta, ya sea porque paguen por un servicio nutricional o bien, porque por ellas mismas modifiquen la preparación de los alimentos tras la consulta con un nutriólogo(a).

Gráfica 16
Actividades y servicios simultáneos al consumo de productos adelgazantes



Al preguntárseles acerca de la eficacia del producto que consumían, la mayoría de las respuestas se encontraron en el rango de regular, es decir, sin mostrar una tendencia hacia que los productos sean muy eficientes, pero tampoco anulando la probabilidad de hacerles el efecto deseado.

Para la medición de la efectividad del producto, la literatura biomédica apunta directamente a la disminución del índice de masa corporal, que se compone del peso. Al preguntárseles a las mujeres si sabían cuánto peso habían perdido en el último mes utilizando su(s) producto(s), el 45% respondió que no conocía cuánto había perdido, ya sea

porque no se había pesado antes de empezar a usar el producto, o porque no se había pesado recientemente para hacer la estimación. El 55% restante de las mujeres, las que dijeron saber cuánto peso habían perdido en el último mes, afirmaron haber perdido en promedio los siguientes kilos durante el último mes:

Tabla 19
Relación de kilos perdidos en el último mes por consumo de producto, según auto reporte.

	Frecuencia	Porcentaje
0.5	2	1.0
1	6	2.9
1.5	10	4.8
2	26	12.4
2.5	18	8.6
2.8	1	.5
3	18	8.6
3.5	10	4.8
4	20	9.5
4.5	2	1.0
5	3	1.4
Total	116	55 %

Si se realiza una sumatoria de los kilos perdidos entre todas las mujeres que registraron el hecho, se tendría que se perdieron aproximadamente 315 kilos de peso entre 116 casos, lo cual nos proporcionaría un promedio de pérdida de 2.7 kilos por persona. Con una desviación típica de más-menos 1 kilogramo.

No existió estadísticamente alguna correlación entre el tipo de producto utilizado y la cantidad de peso perdido, así como tampoco con el precio de ellos ni con la cantidad de productos simultáneamente. Aun si el consumo de algún producto en particular hubiera resultado asociado a la pérdida de peso, ello hubiera sido insuficiente para determinar una relación causal, pues las mujeres realizan al mismo tiempo diversas actividades para mantenerse activas, además de que el mismo dato de haberse pesado, puede estar sesgado

por la sensación de la pérdida de peso, lo cual podría resultar incluso contrario en los casos en los que las mujeres no supieron cuánto pesaban.

Un dato que resultó interesante fue que tanto por las observaciones de las entrevistadoras, como por correlación estadística, se encontró que mientras el 45% de las mujeres desconoce su peso al momento de ser entrevistadas, en contraste, el 100% conoce su talla de ropa. La medición de la talla de ropa generalmente se reportó en talla americana y dicha numeración, se encontró estadísticamente correlacionada con la percepción de la complexión corporal de las mujeres. De modo que para futuras investigaciones, es recomendable explorar más entre la satisfacción corporal subjetiva que puedan tener las mujeres y la complexión percibida de sus cuerpos, con la numeración de la talla de ropa que consumen, así como obtener una pesquisa relativamente sencilla de la identificación de mujeres consumidoras a partir de la talla de ropa.

Al preguntárseles a las mujeres si habían pensado en dejar de consumir el producto o los productos consumidos, el 44% respondió que sí, mientras que el 56% respondió que no. Esta asociación tampoco tuvo relación directa con la pérdida del peso, con la cantidad de productos consumidos o con el precio erogado por ellos.

El 44% de las mujeres que respondieron que sí estaban dejando el consumo o pensaban dejarlo, reportaron que sería por las siguientes causas:

Tabla 20
Motivos para dejar de consumir el(los) producto(s)

	Frecuencia	Porcentaje
Me siento mal/rara	19	9.0
Ya llegué a mi peso ideal	16	7.6
No funciona/no me ha servido/no he bajado como esperaba	12	5.7
Me enfada usarlo/prepararlo diario	12	5.7
No tengo dinero/Ahorita no tengo trabajo	10	4.8
Recientemente ya no he bajado de peso	6	2.8

Me enteré de algo más efectivo	5	2.4
Ya tengo mucho usándolo	5	2.4
No soy constante/se me olvida	3	1.4
Es muy incómodo	2	1
Es complicado conseguirlas	1	.5
Estoy bajando demasiado rápido	1	.5
Me quedaré haciendo ejercicio	1	.5
Total	93	44.3%

4.2 Percepción de riesgo.

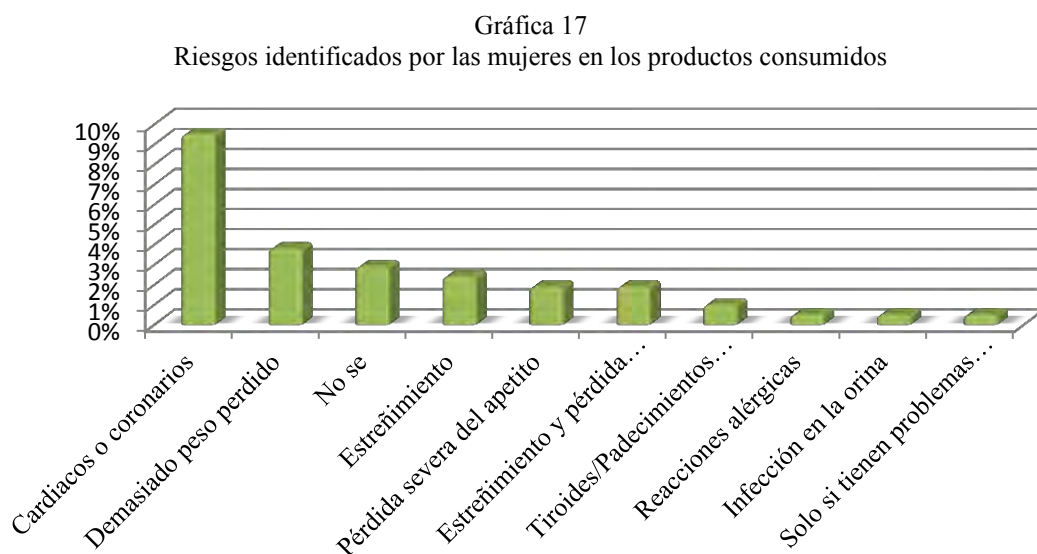
Al preguntárseles directamente qué tipo de malestares han tenido desde que consumen los productos registrados en la encuesta, la mayoría de las mujeres especificó directamente que ninguno (58%), un 16% no pudo afirmar ningún padecimiento que hubiera aparecido después del uso del producto, mientras que en el 26% de los casos, las mujeres consumidoras reportaron los siguientes procesos fisiológicos:

Tabla 21
Malestares identificados a partir del consumo del(os) producto(s)

	Frecuencia	Porcentaje
Me da calor	7	3.3
Boca seca/Sed	7	3.3
Dolor de cabeza ocasionalmente	5	2.4
Pérdida severa del apetito	4	1.9
Dolor de cabeza e insomnio	4	1.9
Insomnio	4	1.9
Ida a orinar constante	3	1.4
Indigestión/Estreñimiento	3	1.4
Ansiedad	3	1.4
Dolor de cabeza y mareo	3	1.4
No puedo respirar bien	2	1.0
Mucha sed y náuseas	2	1.0
Depresión	1	.5
Agresividad	1	.5
Presión alta	1	.5
Dolor de espalda	1	.5
Desmayo/Baja de azúcar	1	.5
Diarreas	1	.5
No especificó	1	.5
Total	54	26%

Al preguntárseles a la totalidad de las consumidoras si creían que el producto consumido podía poner en riesgo su salud, el 24% de las mujeres respondió que sí, el 1% que no lo sabía y las tres cuartas partes restantes dijeron que no.

Cuando a la cuarta parte de mujeres que veían la posibilidad de riesgo, se les preguntó cuáles eran esos riesgos que creían que traían consigo los productos consumidos, las mujeres respondieron lo siguiente:



Luego se les preguntó cuáles eran los riesgos que no estaban dispuestas a asumir en el consumo de sus productos y 4 de cada 10 mujeres respondió que enfermedades graves, que requirieran hospitalización o que las incapacitara, un 20% dio respuestas que tienen que ver con el estado emocional –depresión, ansiedad, sueño-, mientras que un 15% respondió que dejaría de usarlo solo si el producto doliera mucho durante su uso. Me resultó sobresaliente que menos del 4% de las mujeres afirmó, al menos en el discurso, que no estaría dispuesta a correr ningún riesgo y que en el momento que el producto le generara alguna incomodidad, dejaban de usarlo.

Tabla 22
Riesgo no asumibles por las mujeres en el consumo de sus productos

	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades graves, que requieren hospitalización	84	40.0
Que duela mucho	32	15.2
Ansiedad o irritabilidad	24	11.4
Deprimirse o andar con sueño	14	6.7
Cicatrices o manchas	12	5.7
Reacciones alérgicas	11	5.2
Pérdida del apetito	9	4.3
Ninguno, en cuanto me sienta mal, lo dejo	8	3.8
No contestó	7	3.3
Que estuviera irritable y ya no me diera hambre	3	1.4
Taquicardia	3	1.4
Alguna lesión en la columna	1	.5
Diarreas seguido	1	.5
Que se me doblaran los tobillos seguido	1	.5
Total	210	100.0

Finalmente, al pedirseles que nombraran 3 contraindicaciones o situaciones en las que no se debe tomar/usar el(los) producto(s) que consumen, algunas de las mujeres no pudieron mencionar ni un solo riesgo, encontrando casos en donde la cantidad de contraindicaciones mencionadas fueron cero. Las mujeres que pudieron proporcionar las 3 contraindicaciones solicitadas fue francamente una minoría, de manera que la media obtenida entre todas las respuestas de las mujeres fue de .7 respuestas, es decir, menos de una contraindicación aportada por persona consumidora.

Entre las respuestas de quienes sí pudieron responder a las 3 contraindicaciones sobresale “no usar en el embarazo”, “no usar en la lactancia”, “no usar en caso de padecer algún trastorno alimentario” y “no usar si eres menor de edad”, de manera muy semejante a las contraindicaciones dadas en el consumo de fármacos que requieren receta o en el consumo de drogas legales, como el alcohol y el cigarrillo.

4.3 Incorporación de normas y roles.

Cuando se les preguntó por qué creían que era importante para las mujeres estar delgadas, los argumentos directos que incluían las palabras estética, salud y enfermedades, acapararon la mayoría de las respuestas, como puede observarse en la siguiente gráfica. Cabe señalar que cerca del 15% de las respuestas, si bien no mencionaron la palabra estética o “verse bonitas”, ofrecen un vínculo al concepto de imagen ofrecida a los demás, es decir, verse bien, ya sea verse bien para el trabajo, para la pareja o con la ropa.

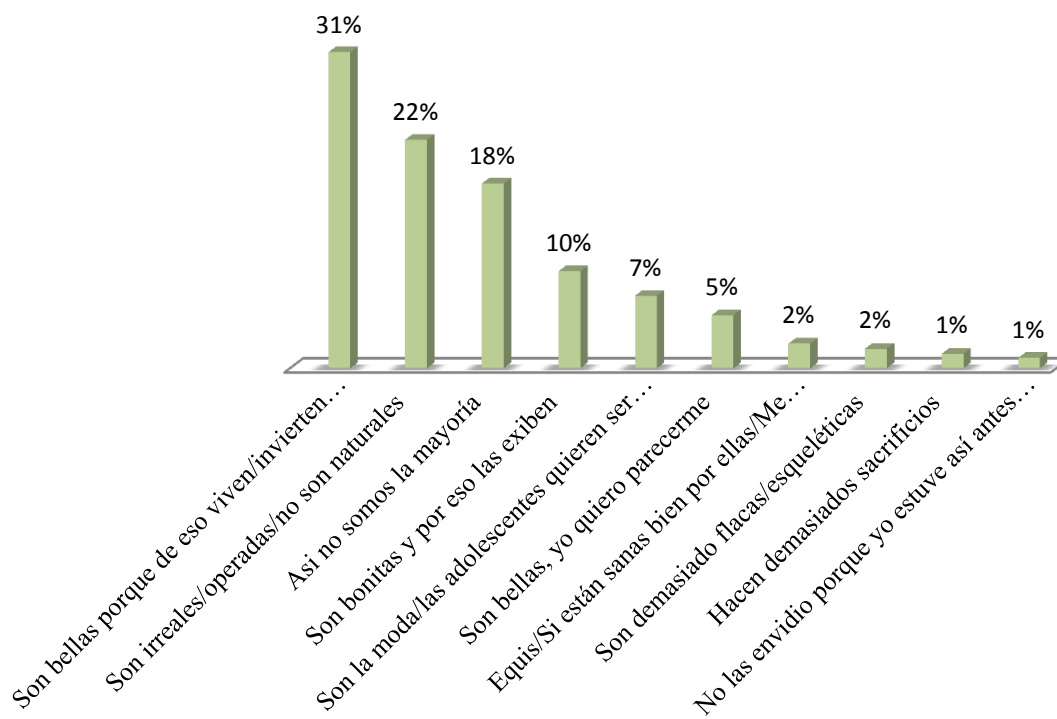
Tabla 22
Atribución de la importancia de la delgadez en las mujeres

	Frecuencia	Porcentaje
Por estética y para prevenir enfermedades	55	26.2
Por salud	50	23.8
Por estética/para estar más bonitas	42	20.0
Para prevenir enfermedades	19	9.0
Para ser ágil/no cansarse/no sentirse mal	14	6.7
Porque es más fácil encontrar ropa/que la ropa se vea bien	10	4.8
Porque la gente gorda sufre mucho/Por críticas/Presión social	7	3.3
Por la imagen que hay que dar en el trabajo	6	2.9
Para sentirse bien consigo misma	4	1.9
Para seguirle gustando a la pareja	3	1.4
Total	210	100.0

Al preguntarles qué pensaban acerca de otras mujeres que reproducen los estereotipos de cuerpos bellos y delgados en los medios de comunicación, como las modelos, actrices, cantantes y conductoras, las mujeres plantearon sus posturas al respecto, encontrando que una tercera parte recurre a los argumentos económicos como justificante de este fenómeno, mientras que un 22% de las mujeres consumidoras planteó que las

mujeres podían aparecer así por la gran cantidad de cuidados y cirugías que se realizan. Las respuestas ofrecidas por todas las mujeres consumidoras fueron las siguientes:

Gráfica 18
Lo que se piensa de las mujeres “modelos” de cuerpos delgados



Finalmente, cuando se les cuestionó sobre lo que se puede hacer en caso de que un producto comprado no haga el efecto esperado, las mujeres respondieron en su mayoría que lo mejor era “dejar de consumirlo”.

Tabla 24
Lo que las mujeres consumidoras creen que pueden hacer si un producto falla.

	Frecuencia	Porcentaje
Dejar de consumirlo	120	57.1
Avisar/alertar a otras mujeres	27	12.9
Hablar/poner la queja en el laboratorio o empresa fabricante	15	7.1
Avisar a otras mujeres y dejar de consumirlo	13	6.2
Ir a un centro de salud	10	4.8
Ir con el especialista que lo recomendó	9	4.3

Investigar en internet	6	2.9
Reclamar en la farmacia o supermercado	5	2.4
Dejar de consumirlo y poner la queja en el laboratorio o lugar que se produce	3	1.4
Exigir el resultado al laboratorio o al médico	2	1.0
Total	210	100.0

4.4 Datos clínicos de las consumidoras

Entre las 210 mujeres consumidoras de productos para adelgazar, se obtuvo un peso mínimo de 50 kilos en una persona y un peso máximo de 113 kilogramos en otra. Al promediar la cantidad de kilos que las mujeres dieron un estimado de 72 kilos y medio (15, 227 kilos entre 210 mujeres). Estas estadísticas concuerdan con la encuesta ENSANUT 2006 que colocan el promedio de peso en las mujeres adultas por encima de la media nacional de 69.8 kilos, pero con una ligera variación – de acuerdo al auto reporte de las mujeres- de aproximadamente 700 gramos menos y que, al conjugarse con la talla o estatura de las mujeres, no necesariamente da un índice de masa corporal promediado considerado clínicamente como obesidad, sino como un rango todavía de “normalidad”.

La estatura mínima encontrada en la encuesta fue de 1.49 metros, mientras que la máxima fue de 1.80, teniendo un promedio poblacional de 1.64 metro. Por otra parte, la talla registrada de ropa en las mujeres más pequeña fue la talla 4 (sistema de medición norteamericano), mientras que la máxima fue de 24, es decir, con 20 tallas de diferencia entre la mujer menos delgada y la más delgada. La talla de ropa promedio fue la talla 11, que se traduce en una talla mexicana G o grande, pero que no necesariamente es indicador de sobrepeso u obesidad y que relativiza el dato proporcionado por la ENSANUT 2006 que dice que 9 de cada 10 mujeres en la ciudad presentan obesidad abdominal.

Aun considerando que los datos aquí obtenidos fueron a partir de los reportes de las mujeres consumidoras y no se realizó ninguna medición del cuerpo de las mujeres, se recomienda procesar en la base de datos esta información para poder obtener los índices de masa corporal y establecer comparaciones con registros de otras investigaciones acerca de las mujeres en Sonora.

A las 210 mujeres consumidoras se les preguntó si conocían cuál era la tensión arterial que manejaban regularmente, y se encontró que la mayoría se describió a sí misma en un estado de normalidad, ya sea porque utilizaron la palabra “normal” para describirla, o porque dieron algún rango exacto considerado biomédicamente dentro de la “normalidad”. Llama la atención que el 10% de las mujeres no se habían tomado la presión recientemente, pero en general, la gran mayoría mostró mucha conciencia de sus procesos fisiológicos.

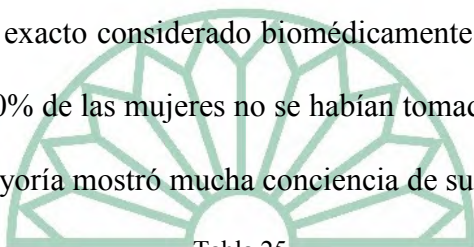
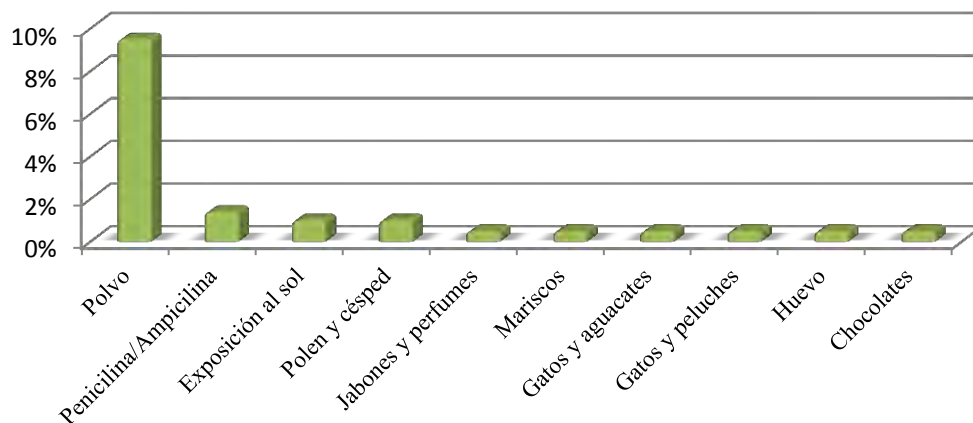


Tabla 25
Tensión arterial de las mujeres consumidoras de productos adelgazantes por auto reporte

	Frecuencia	Porcentaje
“Normal”	90	42.9
110/70	33	15.7
“No lo sé/No me la he tomado reciente”	24	11.5
120/80	15	7.1
“Presión alta”	13	6.2
130/80	6	2.9
“Baja presión”	6	2.9
110/80	5	2.4
120/75	4	1.9
115/80	4	1.9
125/85	3	1.4
100/70	3	1.4
110/85	2	1.0
130/110	2	1.0
Total	210	100%

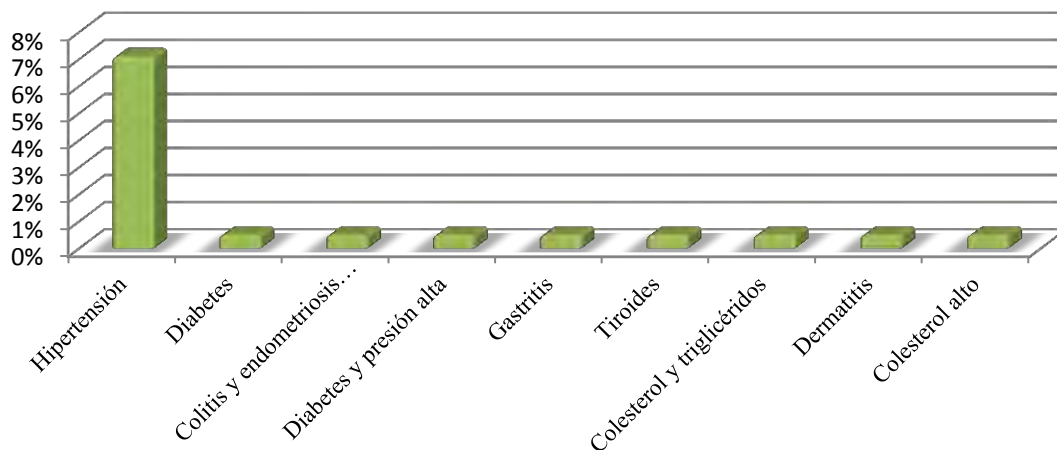
En cuanto a los antecedentes clínicos, se encontró que el 35% de las mujeres presenta historial de papás diabéticos, el 31% de hipertensión, el 4% de problemas de tiroides y el 8.6% de los casos, haber tenido algún familiar directo con algún tipo de cáncer. El 84.3% de las mujeres (la gran mayoría) reportó no padecer de ningún tipo de alergia, mientras que el 15.7% de los casos restantes que sí registraron algún factor alergénico se distribuye de la siguiente forma:

Gráfica 19
Factores que provocan reacciones alérgicas en mujeres entrevistadas



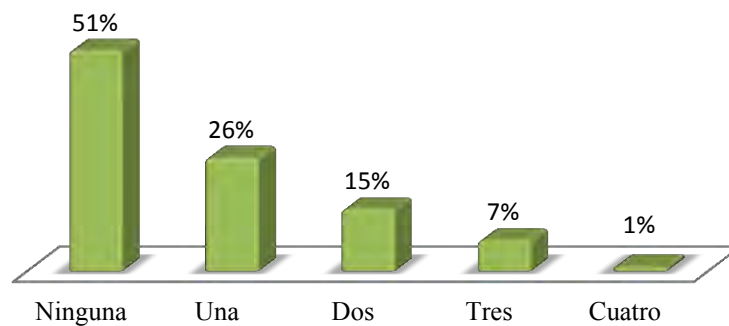
Cuando se les preguntó si al momento de entrevistarlas tenían algún padecimiento diagnosticado, la gran mayoría, el 89%, dijo que no, no existía ninguna enfermedad crónica o aguda diagnosticada. El resto, el 11% de las mujeres consumidoras de productos que ya cuentan con un diagnóstico de alguna enfermedad crónica en sus vidas, reportan estar enfermas de:

Gráfica 20
Padecimientos diagnosticados en las mujeres consumidoras



Finalmente, cuando a las mujeres se les preguntó la cantidad de cirugías que se les han realizado, se encontró que aproximadamente a la mitad de las mujeres no se les ha intervenido quirúrgicamente nunca, mientras que una cuarta parte ha sido intervenida en una ocasión y la otra cuarta parte en 2 o más ocasiones.

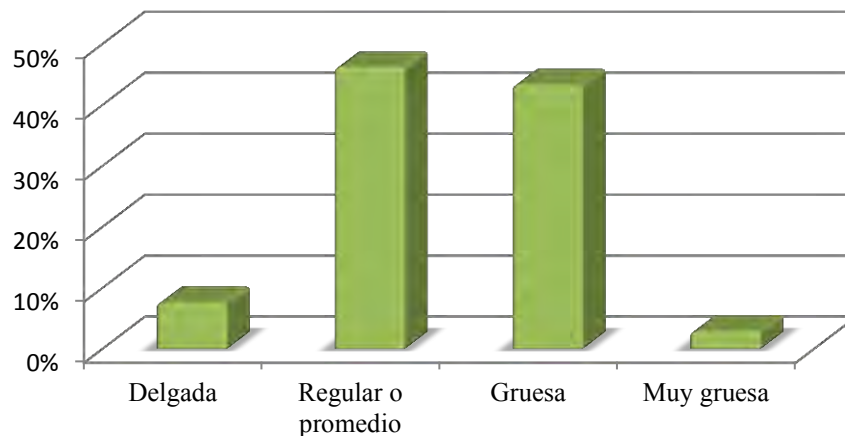
Gráfica 21
Cantidad de cirugías realizadas a las mujeres consumidoras de productos.



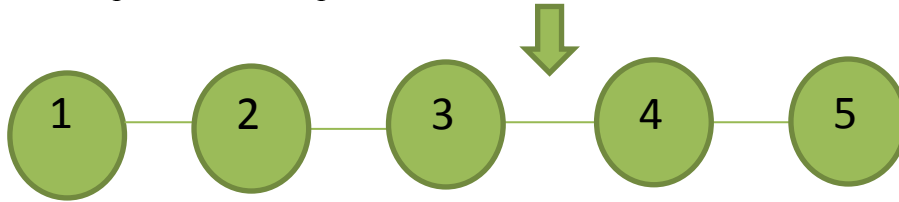
4.5 *Percepción de la imagen corporal*

Al preguntárseles a las mujeres cómo consideraban su complexión, se pudo observar cómo la mayoría indicaba entre regular y gruesa su complexión corporal, tal como lo muestra la siguiente gráfica:

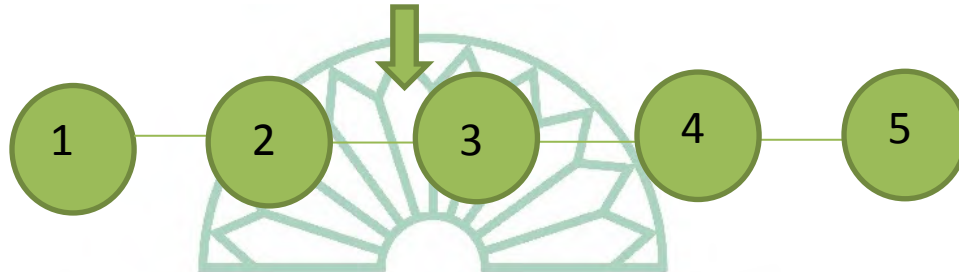
Gráfica 22
Complexión de las mujeres consumidoras, según auto reporte



Llama la atención que nadie se consideró en la categoría de ~~“muy delgada”~~ y sí en cambio en la de ~~“muy gruesa”~~. La media en la elección de esta escala de Likert fue de 3.41, que gráficamente, se expresaría en esta posición:

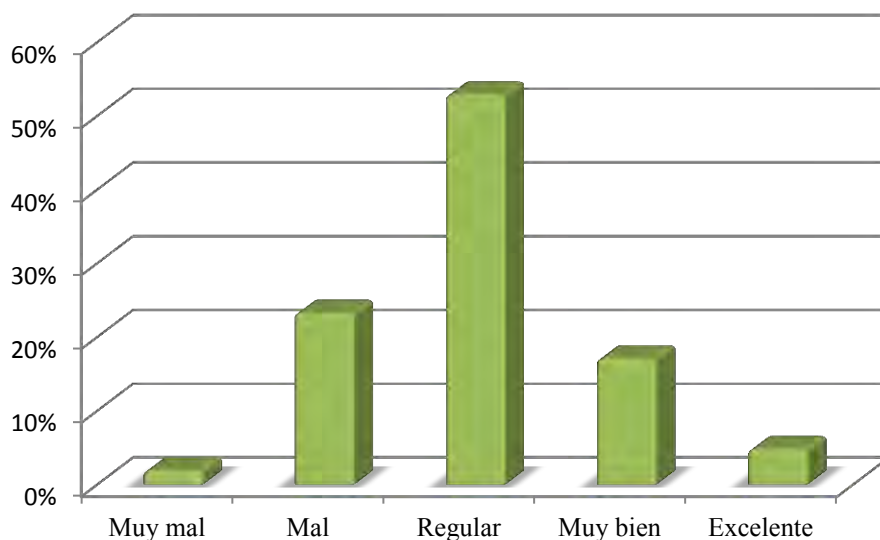


Pero si la complejión promedio estuvo entre la posición regular y gruesa, el reporte de cómo se sienten las mujeres con esa complejión, es diferente:



Pasó a ser en su mayoría de regular a mal, invirtiéndose ligeramente la conformidad en función del grueso corporal percibido, tal como se comprueba con la siguiente gráfica:

Gráfica 23
 Cómo se sienten con su complejión las mujeres consumidoras de productos



La correlación más significativa finalmente encontrada fue justo esa graduación de satisfacción corporal en las mujeres, en las que la correlación con el tamaño o complejión del cuerpo se invierte, es decir, se encontró que a mayor grosor o complejión corporal –que a su vez se traduciría a mayor numeración en la talla de ropa-, la satisfacción corporal es menor, en cambio, a menor complejión –o mayor delgadez- la satisfacción corporal aumenta.

La satisfacción corporal además guardó estrecha relación estadística con la percepción de la eficacia del producto, confirmando que a mayor satisfacción le corresponde una atribución de eficaz al(os) productos consumidos, en contraste con la correlación significativa inversa con el costo o gasto por producto, es decir, entre más satisfechas se expresaron las mujeres con sus cuerpos, menos dinero invirtieron en la compra de su(s) producto(s).



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

V RESULTADOS CUALITATIVOS: LO QUE IMPORTA ES SENTIRSE BIEN

A lo largo de éste capítulo, se describirán las aportaciones hechas por las mujeres a través de la entrevista semiestructurada y se intentarán establecer algunos vínculos conceptuales con las categorías establecidas a partir del análisis de los datos con la teoría fundamentada. No es el propósito del capítulo mostrar las conclusiones de la investigación, sino aprovechar este apartado para “darles voz” a las mujeres participantes a partir de la selección de los datos obtenidos y considerados útiles para responder a las preguntas de investigación.

Todas las entrevistas analizadas provinieron de mujeres que cumplieron con los criterios de selección. Los lugares de entrevista fueron: en una ocasión en un centro de trabajo⁶, en otra ocasión en una cafetería –como consumidoras- y en 4 ocasiones más en sus casas⁷. Los horarios de entrevistas en 4 de 6 ocasiones fueron durante la noche, una entrevista más se realizó en domingo por la mañana –a las 7:30 am- y solamente una más, de las 6, se realizó a media mañana porque la persona no estaba trabajando, encontrándose en ese momento incapacitada.

Tanto los lugares de entrevista, como los horarios y la extensión en tiempo y amplitud se dieron en función del acceso, disponibilidad y decisión de las mujeres, obteniendo que la grabación más larga duró 2 horas con 3 minutos, mientras que la

⁶ Se trataba de una mujer con negocio propio y la entrevista tenía que ser pausada en su grabación entre la atención a un cliente y otro.

⁷ Dentro de éstas 4, una entrevista en realidad también se trataba del área de trabajo que ella utiliza durante el día, pero ésta se encontraba dentro del inmueble donde habita toda la familia.

entrevista más corta, duró aproximadamente 50 minutos, dando como total una media de una hora con 27 minutos por entrevista.

Las viviendas de las mujeres coinciden con las características descritas en la interpretación del INEGI para los estratos medios en Hermosillo. Todas las viviendas visitadas tuvieron piso de concreto, espacio en la cochera para al menos un carro, frente de las fachadas de al menos 6 metros de ancho, paredes de block o ladrillo, 3 de las 4 con jardín de césped enfrente y todas recién pintadas o con frecuente mantenimiento.

Algunas características básicas de las mujeres participantes se describen en la siguiente tabla:

Tabla 19
Características personales de las mujeres entrevistadas

Patricia	Mariana	Lorena
Edad:38 Estado civil: Casada Maternidad: 2 hijos Ocupación: Microempresaria y empleada. Escolaridad: Licenciatura trunca Recreación: Ir a salones de belleza, viajar, spa, yoga y caminar. Producto: Pastillas y suplemento Compleción: No Delgada Peso: 89 kilogramos	Edad: 44 Estado civil: Separada Maternidad: 3 hijos Ocupación: Microempresaria Escolaridad: Licenciatura Recreación: Clases de cocina, grupos de autoayuda y desarrollo personal, yoga y zumba. Producto: Suplemento alimenticio, te y tenis. Compleción: No delgada Peso: 78 kilos	Edad:38 Estado civil: Casada Maternidad: 3 hijas Ocupación: Microempresaria y empleada del ramo industrial. Escolaridad: Preparatoria Recreación: Ir a salones de belleza, desfiles de moda, spa, yoga y utilizar el internet. Producto: Tenis y pastillas Compleción: Delgada Peso: 54 kilos
Gabriela	Esther	Perla
Edad: 44 Estado civil: Casada Maternidad: 1 hija Ocupación: Psicóloga Escolaridad: Posgrado en especialidad. Recreación: Ir de compras, ir al gimnasio, leer, teatro, danza, hacer yoga y meditación. Producto: Te y tenis Compleción: Delgada Peso: 51-53 kilogramos	Edad: 36 Estado civil: Casada Maternidad: No Ocupación: Maestra de baile Escolaridad: Licenciatura en artes. Recreación: Salir y convivir entre parejas, fiestas, cine y cuidado de mascotas. Producto: Te y gel Compleción: Delgada Peso: 54-56 kilogramos	Edad: 31 Estado civil: Soltera Maternidad: No Ocupación: Maestra de inglés y estudiante de maestría Escolaridad: Licenciatura Recreación: Salir con amigas, ir al cine, leer, viajar y usar redes sociales. Producto: Pastillas. Compleción: No delgada Peso: 106-110 kilogramos

Las participantes midieron entre 1.55 y 1.70 metros, haciendo la aclaración que en esta etapa de la investigación tampoco se pesó ni se midió, sino solo se tomó el dato por auto reporte.

En cuanto al nivel socioeconómico, podía decirse que las mujeres obtuvieron ingresos⁸, calculados entre el decil IV y VII de la Encuesta Nacional de Ocupaciones y Empleos (ENOE) para 2010, es decir, entre los 18 y los 33 mil pesos mensuales. Cabe señalar que aunque todas perciben un salario por su trabajo, solo la mitad de ellas están afiliadas a un sistema de seguridad social.

Como ya se mencionó, el 100% de ellas se mostró con disposición para responder y por lo regular el ritmo de las conversaciones era rápido. La observación en el campo, permite asegurar que la mayoría de ellas posee un temperamento activo -4 de las 6- pero también fue interesante observar cómo, aunque los rasgos de personalidad fueran diferentes, incluyendo el temperamento y la carga de trabajo, lo que resultó evidente fue que de alguna manera todas mostraban estrés y cansancio, como se describe en los siguientes apartados:

5.1 Hay que tener energía

Respecto a la dinámica de trabajo, los resultados encontrados fueron que todas y cada una de las entrevistadas son mujeres con una carga laboral intensa, donde trabajan jornadas completas aun cuando alguna de ellas suponen estar contratadas formalmente por medio tiempo. Todas realizan también trabajo doméstico que no es remunerado, ni percibido como tal. La mayoría despierta a horas en las que todavía no amanece en la ciudad, durmiendo diariamente un promedio de 4 a 6 horas por noche. Sus narraciones dan cuenta del estrés al

⁸ Considerando el ingreso total de los miembros de las viviendas, es decir, las jubilaciones del esposo, las transferencias y los gastos compartidos con padres, etc.

que están sometidas y a la dificultad para relajarse, sin embargo, suelen sentirse orgullosas de sus capacidades y/o satisfechas de lo que producen en su lugar de trabajo, como lo expresan algunas de ellas:

—Cuando yo llegué (a mi trabajo actual) tenían un desorden pero... les acomodé todo lo que tenían y les armé una biblioteca para que tuvieran sistematizada toda la información...la biblioteca fue un éxito...” (Perla)

—b que yo hago es muy importante... porque enseñar no es cualquier cosa... cualquiera puede tener conocimientos, pero enseñar, enseñar requiere de mucho talento, de muchas habilidades y técnicas...las 8 horas laborales, uf, se quedan muy cortas... y a mí me encanta enseñar... y creo que soy buena en eso...” (Esther)

—Hago ejercicio... saliendo de trabajar... eso me sube hasta arriba, hay veces que es la una y no, me cuesta trabajo dormir, y digo, no! ya me aventé dos libros, o uno completo y la mitad de otro y digo yaaaa!, me tengo que dormir, estoy toda, estoy así, como que no (puedo dormir), batallo un poco...” (Gabriela)

Las consecuencias de su trabajo se reflejan en expresiones de orgullo acerca del crecimiento de su patrimonio familiar, de los viajes, los ascensos laborales, la capacidad de compra, el reconocimiento profesional, o bien, de lo que planean hacer con un futuro material y económico asegurado pues en la mayoría de los casos, cuentan con trabajos “de planta”⁹ que les permite tener un relativo control sobre los gastos y proyectos. Como planea

Lorena:

—..ahorita estoy concentrada en mantenerme en mi puesto para poder sacar otra casa, pero ahora por INFONAVIT y... rentarla...”

O como dan cuenta de sus preferencias de compra Patricia y Gabriela respectivamente:

—.. o por ejemplo, me encanta comprar en el otro lado la fruta deshidratada y los orejones...darme mis gustitos” (Patricia).

—.. hay que darse sus gustos uno, a mí, por ejemplo, me encantan las cremas, los perfumes y el maquillaje, éste labial que traigo me costó \$1, 200 pero es una maravilla, me sienta muy bien y trae un ADN que restaura la piel... traigo labios de bebé ...y si me puedo dar ese gusto... me encanta” (Gabriela)

⁹ Aunque no las inscriban en un sistema de seguridad social, sus trabajos son permanentes, ya sean por horas o por medios turnos.

El tiempo que dedican a permanecer de pie es notoriamente mayor al que descansan y quienes realizan la práctica de hacer ejercicio, lo hacen erogando recursos económicos propios para algún servicio de zumba, yoga o gimnasio. Por lo regular invierten más de 2 horas al día a diversas actividades que implican movimiento, lo que nos habla del alto valor que le dan a la activación física. Solo dos entrevistadas refirieron no ir al gimnasio y una era porque al momento de la entrevista, estaba incapacitada tras una cirugía.

A pesar de que hacen múltiples actividades en un día, no necesariamente todas muestran una personalidad ansiosa, aprehensiva o un temperamento irritable, sino por el contrario, se muestran en el discurso con una actitud optimista acerca de lo que hacen en su vida. Algo de llamar la atención es que justo las 2 mujeres que no mencionaron hacer nada de ejercicio, son aquellas que se desarrollaron en la entrevista con menos rapidez o con menor aprehensividad, pareciera que por el temperamento tranquilo no sintieran la necesidad de activarse, o de ~~de gastar energía~~, como mencionan las que sí se ejercitan:

–El...ejercicio... es maravilloso... todas esas endorfinas dan para arriba... hay que hacer(lo) para no dejar de gastar energía” (Esther)

–De todas formas trato de levantarme temprano, no a las 4:50 de la mañana, pero sí faltando 10 para las 6 me levanto los domingos a tomármelo e irme a caminar, porque cuando no estoy haciendo nada, los domingos, por ejemplo, siento que el día es eterno, hasta depre me ando poniendo o es que ya estoy impuesta a estar pa’todos lados, jeje... como que... no hacerlo... me da un bajón...”(Lorena)

En este sentido, el producto consumido parece cumplir una doble función, pues además de que es buscado con la intención de adelgazar, es altamente probable que ellas experimenten una sensación de rendimiento fisiológico elevado como consecuencia de consumirlo y ello les esté sirviendo para mantenerse activas o en vigilia. La necesidad de activación se refuerza entonces a sí misma, convirtiéndose en instrumento para alcanzar a realizar las labores domésticas y asalariadas, al mismo tiempo que es un fin, dadas las

expectativas de adelgazamiento en el mediano y largo plazo. Como describen las participantes:

–Porque pues sí pone, no?” (Gabriela)

—.las principales bondades (del suplemento) es que quema grasa, el metabolismo lo convierte en energía, de tal forma que rindes más de lo que ya rindes, te sientes menos cansada, andas más relajada y finalmente está hecha por un polvo que contiene casi todos los nutrientes que nuestro cuerpo requiere para funcionar todo el día, de tal forma que no lo privas de nutrientes, entonces, estás en mejor disposición de enfrentar cualquier cosa, inclusive cualquier enfermedad.” (Mariana)

Algo que se encontró en las entrevistas fue que las mujeres suelen hablar con mucha frecuencia de los mecanismos fisiológicos que se supone se desencadenan en su cuerpo a partir de que consumen el producto, pero en cambio, desconocen las contraindicaciones y las posibles reacciones adversas de lo que consumen, corroborando con ello la frecuencia alta existente de las mujeres que ignoran los efectos no deseados de sus productos. Ninguna de las entrevistadas mencionó alguna vez las palabras “reacción”, “RAM”, “efecto” o “consecuencia”, utilizadas frecuentemente en la literatura médica y los portales web al respecto, a pesar de haberse jactado la mayoría de ellas de gustarles leer o investigar y teniendo estudios profesionales en 5 de los 6 casos. Lo que sí mencionaron en cambio fueron las palabras “riesgo” y “síntoma”, como sinónimos de aquellas cosas que ocurrían después de consumir el producto y acerca de los cuales, ninguna pudo mencionar alguno con precisión ni saber qué reacciones perjudiciales podrían haberse dado en su organismo a partir del consumo:

–Somos muy irresponsables, no? Vamos y lo compramos... pero en sí, así, de saber si me va a dar un infarto o eso... no, pues no... no sabemos” (Patricia).

Las experiencias narradas dieron cuenta de que una vez que ellas comprueban –en sí mismas o en alguna mujer familiar o cercana- que hay una lesión o daño al cuerpo, entonces dejan de usar lo que estaban consumiendo. Una estrategia utilizada es que cuando

sospechan que algo puede estarles causando una RAM, como por ejemplo, estreñimiento o dolor de cabeza, realizan prácticas compensatorias para amortiguar o soportar los síntomas.

Al respecto, nos narran Lorena y Gabriela:

–Cuando yo sé que ya comí mucha chatarra... para que me haga efecto (caminar)... tomo caldos... tengo una tasita que es de 250 gramos y otra que mide 200 gramos y en esas me sirvo un guisado o el consomé, y trato de masticar de 30 a 60 veces la comida en cada bocado... entre más despacito y más la mastique como que te llenas, no muy rápido, pero te quedas más a gusto. No soy compulsiva para comer... pero es que... a lo que he visto y a los resultados... son cosas que engordan y hacen daño, o sea no son nutritivos, por eso es que hay nutrirse con algo extra, porque lo que come uno, son engañosos” (Lorena).

–Y ya lo que hago es que si me quedo demasiado activa... o me empieza a doler la cabeza... me pongo a hacer ejercicios de respiración para relajarme...” (Gabriela)

Algo que en las entrevistas también fue general -de la misma forma que ocurrió en la encuesta- es la forma en la que llegaron a comprar el producto que consumen, pues todas coincidieron en que no se ~~arriesgan~~” comprando algo que ~~no conocen~~”, sino que sólo compran aquello que les es recomendado principalmente por otra mujer que ya lo haya utilizado, o también puede ser por otra mujer que sepa a su vez de otra experiencia cercana, o bien, por un experto consultado especialmente para ello. Todas las que reconocieron en algún momento haber comprado algo incentivado por un nutriólogo en el súper, el despachador de la farmacia o un entrenador en el gimnasio o el yoga, fue porque antes ya alguna mujer les había recomendado el producto, en función de la efectividad que causó a otras mujeres conocidas o las conocidas de esas mujeres ~~recomendadoras~~”. Como lo comentó Patricia:

–... porque, tipo, yo no me arriesgaría nunca a comprar algo nuevo... cualquier cosa, así nada más, en el súper...” (Patricia)

Llama la atención que, contrario a lo esperado al principio de la investigación, el médico, a pesar de ser quien aparece constantemente en los discursos como el legitimador del estado de salud o enfermedad, no es el especialista o profesional al que aluden con

mayor frecuencia cuando se trata del tema del adelgazamiento, pues aparecen, prácticamente con el mismo nivel de jerarquía –atribuible a los –títulos”, –estudios”, –prestigio” y –experiencia”- los nutriólogos, terapeutas, psicólogos y –expertos en belleza” –masajeadores, lipoescultores, vendedoras de prendas de vestir, etc.-.

Aun cuando el producto haya sido comprado informándose saltándose las contraindicaciones y la investigación de ellas, las mujeres se aventuran a consumir el producto aludiendo a la probabilidad de que a ellas no les ocurran los efectos indeseados, o bien, argumentando que en cuanto se –sientan mal”, lo dejarán de usar, como ya ha ocurrido en su larga serie de productos con los que han tenido encuentros de consumo y desilusión. De ello da cuenta Lorena al narrar una de sus experiencias significativas con las píldoras chinas que dejó de usar por –sentirse mal”:

–Una vez, hasta vino la ambulancia por mí... y allí fue cuando me dijeron –señora, usted no tiene por qué tomar de esas cosas, ¡si ya de por sí trae la maquinaria bien revolucionada por dentro (presión alta) y luego tomando cosas para adelgazar que nadie le recetó!-”.

En este sentido, el indicador corporal del estado de salud o enfermedad, está anclado a las sensaciones corporales, al monitoreo –o regaño- en este caso del experto, pero además, a los indicadores que ellas establecen de salud y bienestar.

–Yo creo que la belleza y la salud implican mucho más cosas, no sé, el cuerpo expresa ese vigor para hacer las cosas y cuando la energía está apagada, cuando alguien en su postura anda así todo jorobado, o se ve opaco, entonces hay algo que te dice que no está bien, que no hay del todo salud”(Esther).

Para ellas, estar saludables está vinculado a –sentirse bien”, que por lo regular lo viven como la ausencia de algún impedimento para realizar sus actividades diarias con eficacia y con energía suficiente para andar en movimiento, tal como lo expresan las siguientes afirmaciones:

–Si no (tomara pastillas y tenis)... ya no podría rendir...” (Lorena)

–Y es que yo estoy acostumbrada a andar para arriba y para abajo” (Mariana)

La taquicardia, ansiedad, sed, dolor de espalda o de estómago, suelen verse como alteraciones posteriores al uso del producto a las que prácticamente ya está acostumbradas y no tienen representación de enfermedad, ni lo perciben como algo grave -indicativo de una patología o de un problema mayor a mediano o largo plazo- sino por el contrario, si ello las obliga a consumir grandes volúmenes de agua, o les ayuda a estar más alerta, suelen incorporarlo rápidamente al registro de sus sensaciones y resulta, si no efectivo en cuanto a la primera intención para lo que fue comprado, al menos útil para resolver las condiciones inmediatas de tareas a resolver. Hay una disonancia marcada al respecto, pues todas poseen nociones complejas de lo que es para ellas la salud y una serie de requisitos muy claros, pero que sólo se esfuerzan en cumplirlos a partir del *chek list* visible y no del de las sensaciones corpóreas.

Sus descripciones de lo que para ellas es sentirse bien no incluyen no sentir dolor, sobre todo si consumen prendas de vestir o calzar, sino más bien, basta con tener un cierto grado de control sobre el dolor corporal, que les permita ejercer puntualmente sus múltiples roles durante el día. En algunas ocasiones, pareciera incluso que el dolor juega un papel importante como parte del ritual de sacrificio en aras de alcanzar la salud, como es el caso de las mujeres que reportaron que se han inyectado a sí mismas en las zonas corporales específicas a adelgazar durante las encuestas, o las que se restringen muy a su pesar –aun estando delgadas- de algo que les es muy placentero comer:

—Yo trato de compensar, por ejemplo ... no te como ni una papita, aunque me encanten...no tomo, no fumo, porque son cosas que sé que perjudican mi cuerpo... y entonces de lo que se trata es de estar bien...” (Lorena)

Sentirse bien no resulta entonces no sentir algún malestar o regir sus prácticas por principios de placer, sino no padecer algún dolor o molestia grave que les impida realizar

sus actividades básicas. En esto hay mucha similitud a los resultados de la encuesta. Sentirse bien es el puente intermedio entonces entre sus sensaciones y necesidades fisiológicas y su concepto abstracto de salud. El sentirse o “estar bien”, como calificador subjetivo de su propia evaluación del estado de salud, es un componente cualitativo importante que al mismo tiempo se asocia a la noción de movimiento, ligereza y dinamismo: Valores altamente apreciados en la cultura laboral.

De alguna manera, pareciera que el lenguaje de exigencia, puntualidad, disciplina – excelencia, en términos bourdianos- del campo laboral, se comparte al interior de sus viviendas y para ellas es de suma importancia entonces resolver las innumerables situaciones de conflicto en la vida cotidiana y además, resolverlas exitosamente, a fin de no generarse “frustraciones” –y en consecuencia aumentar el estrés. Como dicen al respecto

Patricia y Perla:

–Hay ciertas situaciones familiares que me llegan a provocar estrés, estrés físico y mental. Yo la verdad, a mi, el estrés... lo manejo por comer... o sea, ya después caigo en cuenta que es por estrés, es mi forma de saciar mi ansiedad, mi nerviosismo, mi preocupación, mis frustraciones, y sobretodo que he tenido muchas... miles de cosas, que se me vienen a la mente” (Patricia).

–Si una... quiere sobresalir, pues va a tener que dar siempre el 120%, no? Y hay gente que con dar el 60% de su esfuerzo, con lo que cumplen, están más que felices, más que contentas.... Yo no...” (Perla)

Estar bien tiene que ver con la exigencia –incorporada- que se hacen para saber manejar situaciones de tensión en el hogar, el estrés laboral, familiar y de pareja, ello explica el alto valor del ejercicio y de sus necesidades económicas resueltas. Como dice

Patricia:

–Si no fuera por la salida (a caminar con tenis), no me alivianaría en las tardes, eso me ayuda a despejarme, a olvidarme de todo lo que tengo que hacer en casa y ya... regreso... prendida para hacerlo... vale la pena el gasto (en servicios adicionales como masaje, spa y yoga)”

No poder ser capaces de resolver las situaciones cotidianas, o verse a sí mismas agotadas para hacerlo, les significa ser personas apagadas, deprimidas, enfermas o incapaces, como lo advierte Lorena:

–Si, es muy cansado pero siento que no me hace falta el sueño, siento que funciono muy bien. Al contrario, cuando me quedo más tiempo dormida siento que me deprimio mucho, o sea, ahí se me baja todo, cuando yo me he quedado dormida más horas ya no me puedo parar, siento que algo así grave me pasa que me hace que no me pare, no? por eso mejor me levanto muy temprano, me meto a bañar y me arreglo...”

Tener movimiento, dinamismo, energía para seguir trabajando o la concentración necesaria para ejercer sus múltiples roles, es el indicador para ellas de estar bien, como antesala al gran logro de poseer salud. Mientras que salud, se convierte entonces en algo mucho más abstracto, -menos asequible para todas las mujeres- cuya lógica se apoya en el lenguaje de discursos, o notoriamente subjetivos, o bien, en discursos notoriamente biomédicos y mecanicistas, que expresa la dominación simbólica que han sufrido respecto a sus cuerpos. La mayoría de ellas se expresan con metáforas en las que hablan de sus cuerpos como si se trataran de máquinas, cosas o aparatos, muy particulares o al servicio de los demás, pero al fin objetos susceptibles de manipulación mecánica. Como expresan Esther y Mariana:

–Yo siempre he pensado que nosotros, somos como un vehículo, hay que darnos mantenimiento, arreglarnos... vernos bien... uno vende imagen... y para funcionar hay que comer bien... fijarnos qué necesitamos consumir...” (Esther)

–Hay que hacerse estudios... darse una escaneada, no?... ” (Mariana)

La observación y mantenimiento de sus cuerpos, en tanto objetos susceptibles de ser manipulados, pareciera dar en principio la ilusión de control sobre ellos y de apropiación, sin embargo, como se verá más adelante, además de desconocer –y por lo tanto prevenir- los riesgos de lo que consumen, existen dos factores más que impedirían dicha apropiación. Uno es la marcada dependencia a la imagen, como expresión simbólica de la impresión que

los demás –y yo, habiendo incorporado esas normas- tienen de mí y la otra es el estereotipo de belleza, como se verá más adelante. En cuanto a la imagen, Lorena, dice algo contundente que sintetiza sus nociones de salud:

— . La salud es sentirse y verse bien, para mí, es lo básico,

La noción de salud guarda distancia entonces de la sola ausencia de enfermedad y se convierte en un complejo integrado de varios elementos condicionantes. Además de sentirse bien y estar en movimiento para trabajar y para cumplir con sus roles, la salud implica verse bien, que en ellas equivale a estar relajadas, felices, despreocupadas, satisfechas. Parece ser entonces un valor, en efecto, altamente apreciado, una virtud que hay que procurarla, poseerla, y cuando se logra, aquilatarla. Como describen Esther y Gabriela:

—La salud para mí es lo más importante, lo más, más importante en la vida. Yo sé que vivimos en un mundo materialista, yo soy consumista, lo reconozco, jaja, pero no te cambio nada de lo más valioso que tengo por la salud, para mí es lo más preciado, lo que más agradezco... porque yo he estado en el otro extremo de no tener salud, de estar lesionada, paralizada, con un impedimento, y para mí estar detenida y no poder salir a trabajar y no hacer lo que necesito, es horrible... A mí me operaron ya de un ovario... Para mí la salud es lo más importante sobre todo, sobre todos, al extremo.” (Esther)

—La salud es un concepto multifactorial, salud implica identificar las emociones, el estilo de vida que tienes, verdad?, o sea, estar aquí y ahora, verdad? Con todo lo que estés, con todo lo que sientes, con todo lo que quieres...” (Gabriela)

Ante la pregunta ¿qué haces para mantenerte saludable?, las respuestas fueron diversas, encontrando que hacían frecuentemente alusión a prácticas “para sentirse bien” y luego, como consecuencia, obtener o mantener la salud. Como expresaron Gabriela y Esther:

— . Me he enfermado bien poco. Espero, toco madera, y espero seguir así, que no se dé, que no se dé. Pero yo hago todo lo posible por estar bien, yo me mentalizo para que venga la

salud y el bienestar, no para tenerle miedo a la enfermedad, porque si no, entonces sí te llega y eso se refleja, no? Termina uno viéndose vieja y enferma...” (Gabriela)

–Trato de...sentirme bien, estar contenta todo el tiempo, jeje, yo creo que es más fácil decir qué es enfermedad, pero salud finalmente es estar siempre relajada, estar dispuesta a hacer más cosas, tienes todo, porque si no tienes dinero tienes la forma de ir a conseguirlo, porque estás saludable, porque puedes ir a trabajar, en cambio de la otra forma no, la salud es algo formidable...yo hago de todo para tener(la)...la felicidad y el dinero llegan después...” (Esther)

Sin embargo, cuando ellas se refieren a “hacer cosas” para sentirse bien y comienzan a describir la forma de hacerlas, sus prácticas no tienen un sentido de creatividad o placer, sino de un notorio sentido del deber ser, es decir, de cumplir con la norma, eso les genera satisfacción y es justo esta satisfacción, lo que enmarcan como parte de un “sentirse bien”. Aunque en la expresión lingüística verse y sentirse bien lo colocan en un mismo nivel jerárquico, en realidad, el sentirse bien está subordinado a la imagen, al verse bien. Esto es algo que relativiza el argumento de que la mayoría de las mujeres consumen estos productos por motivos de “salud”, pues en la lógica que subyace a la descripción de sus prácticas, las mujeres hacen evidente la supremacía del verse bien, tanto como indicador de salud y bien-estar, como factor de evitación de críticas y discriminaciones por “estar gorda”. Como nos dicen Esther y Perla al hablar de lo que para ellas es la salud:

–Θ sea, es que la delgadez no es sinónimo de belleza, a veces la salud no se refleja en tu grado de delgadez, sino más bien en la piel lozana, en el rostro luminoso, a veces la salud se refleja en tu estatura, en lo armonioso de tu silueta... a veces la salud es como más confuso, no? Porque no necesariamente alguien súper delgada tiene que estar sana... sobre todo si no se ve bien” (Esther).

–Se supone que yo todavía soy joven... pero estoy más vieja, estoy sedentaria, con más problemas... por el sobrepeso... aunque me sienta satisfecha con lo que hago... no tengo salud” (Perla)

Las prácticas alimentarias frecuentemente aparecen en los discursos como parte de los requisitos para sentirse bien. Entendida como alimentación o como nutrición, ellas se comportan conocedoras y expertas de lo que deben de comer o no, para sus condiciones de vida o para su edad, incluso para sus tipos de sangre o para sus índices de masa corporal. La alimentación la asocian directamente a la salud y es muy notorio que quienes se mantienen delgadas, se sienten satisfechas con lo que comen, o bien, con el logro adquirido de haber aprendido a que les gustara o les resultara placentero al paladar, lo que ellas consideran nutritivo. Lorena, Gabriela y Patricia narran parte de la importancia que tiene para ellas la alimentación:

—.. la alimentación, la alimentación, esa no hay que descuidarla, yo no consumo grasas, sí consumo harinas, pocas, casi las puedo contar, muchas cosas verdes y en crudo también. Pero no como grasas...me encantan... por ejemplo... la leche... pero no las como.... Yo no te como ni medio hot dog, vas a decir qué extraña esta señora, es extraterrestre, pero en verdad, no, no me gusta [sonriendo]” (Lorena).

—..Y yo como... siendo vegetariana: ensaladas, mezclas de cereales con leguminosas, jugos naturales allí mismo, no?...en el extractor de jugos para que no pierdan las propiedades nutricionales...” (Gabriela)

—Y es que nadie me va a estar vigilando lo que estoy comiendo...yo sé que debo de comer... la dieta la lleva uno mismo, uno se da cuenta de lo que se va a comer y sabes al final del día lo que te metiste...porque (te) monitoreaste...” (Patricia)

En las mujeres con sobrepeso, hay culpa por lo que comen, aunque la dieta no necesariamente sea alta en carbohidratos, aunque no coman comida chatarra, o aunque sus condiciones materiales de trabajo y tiempo libre les impidan hacer más comidas al día y con menos volumen. Como describe Perla:

—..Cuando como con mucha hambre... empiezo así como que, jejeje, no sé cómo se llame eso en términos psicológicos, pero en términos mercadológicos le llaman...comportamiento pos compra...que te quedas así como que -chin, ¿habré hecho esto bien?, creo que no me debí de haber comprado aquello, que estuvo de más- haz de cuenta que así me pasa a mí pero con la comida, o sea, ya que me comí lo que me quería comer, digo, -mm, pero me hubiera esperado, hubiera probado tantito algo, me hubiera tomado un vasito de agua y después hubiera comido mejor, para haber comido realmente lo que necesitaba- no? ese tipo de cosas son las que me pasan después de comer en mal plan. No siempre me pasa, te diré, no siempre

soy tan consciente, pero sí como que cuando como con mucha hambre y que me atasco, pues entonces sí, me siento mal, porque está mal...”

La culpa, es el elemento que acompaña por lo regular los períodos de no consumo de productos adelgazantes o de no hacer ejercicio o llevar un régimen alimenticio específico, o bien, ejecutar prácticas de lo que ellas tienen conciencia de que no las adelgazarán, sino por el contrario, las llevará al sobrepeso. Los nombres contrarios que ellas tienen para estar delgada o adelgazar, son ~~engordar~~”, ~~inflarse~~”, ~~estar deforme~~”, ~~estar out~~” o referirse con una expresión de maximización a las partes específicas de su cuerpo con la cual ~~batallen~~” para adelgazar como: ~~muslotes/muslona~~”, ~~panzota/panzona~~” o ~~brazote/brazona~~”. En el capital lingüístico y simbólico fueron frecuentes, además de las metáforas con aparatos o maquinarias, comparaciones con animales, cuando se trataba de referirse a sus procesos fisiológicos o corporales contrarios a adelgazar: ~~estar cochi~~”, ~~eomer como cerda~~”, ~~parecer foca~~”, ~~estar ballena~~”, etc.

Algo que saltó en las asociaciones lingüísticas asociado a lo indeseable también, fue la vejez. Indistintamente de la edad y la experiencia de la maternidad o la complejidad, en algún momento todas mencionaron la palabra ~~vieja(s)~~”. Pareciera que de la misma forma que el estar bien (bien-estar) a partir de sentirse bien fuera un facilitador de la obtención del grado de Salud, para estas mujeres, por el contrario, el estar ~~viejas~~” a partir de ~~sentirse viejas~~” o peor aún ~~verse viejas~~”, da al traste con el grado de bienestar o salud ya alcanzado. Para ellas entonces, hay una representación de la salud, asociada a la imagen de la juventud o de la lozanía, que se vincula al mismo tiempo, con el tan apreciado vigor requerido para cumplir la multiplicidad de roles ~~laborales, familiares, del hogar, etc.-~~. Tener bienestar o salud ~~como sinónimos-~~ no son compatibles con verse ~~viejas~~”, pues al

parecer éste concepto viene cargado de representaciones como oxidación, lentitud, cansancio o aletargamiento en las tareas, o bien, fealdad. Como sintetizan Mariana y Gabriela:

–Y claro que las dejé de usar... porque me veía demacrada... toda vieja... y de lo que se trataba era de animarme...” (Mariana)

–Entonces... yo sí quise recién casada (comprar el tratamiento) porque no quería ser una doña, pero luego ya... tuve al bebé, entonces me entretuve mucho porque me mantuve activa y lo dejé...por eso ahora trato de mantenerme activa y pensar positivamente... no quiero arrañarme...” (Gabriela)

Los productos para adelgazar consumidos por nuestras entrevistadas fueron diversos, como se pudo observar en la Tabla 19. Hubieron quienes usaban tenis vibradores hasta las que tomaban suplementos alimenticios y también pastillas de herbolaria o infusiones. Lo más significativo respecto a los diferentes tipos de consumo es que en todas prevalece un sentido de naturalidad acerca de lo que consumen. Que algo sea “natural” para ellas, disminuye la disonancia o la probabilidad de riesgo en sus representaciones. Si algo es natural, es armonioso, no puede tener como propiedad un riesgo grave o mortal sobre lo que se consume. Y es natural en dos tipos de indicadores que les “garantiza” su inocuidad: 1) Otras personas ya lo han consumido antes y le ha sido efectivo en algún sentido –además de que si las consecuencias hubieran sido graves ya se hubieran sabido-; y 2) Lo perciben como parte de una necesidad cotidiana o de una práctica diaria -todos tenemos que usar zapatos de una forma u otra-. Patricia, Gabriela y Lorena ilustran esto con sus argumentos sobre lo positivo que perciben el producto que consumen:

–Fu vas al súper y ves unas naranjas preciosas grandotas, las manzanas brillantes, sin embargo hay estudios que nos dicen que no tienen nada de nutrimentos porque están hechas a base de químicos, de fertilizantes, incluso sé que a la manzana, a la naranja, le ponen cosas para que esté más dulce, entonces desde ahí, ya lo que comemos no es natural... en cambio esto (señalando una lata de suplemento alimenticio) tienes la seguridad de que es algo 100% natural” (Patricia).

— lo orgánico es realmente como se da en la planta picada por un pájaro, el pájaro es sabio, la naturaleza es sabia, entonces eso está bueno, por eso es volver atrás, volver a lo natural, lo menos procesos que tenga un alimento, lo menos tenga, es más fácil digerirlo y eliminarlo, que es parte de la digestión, por eso yo mejor tomo (te)... y eso me va ayudar a digerir...” (Gabriela)

— y es que caminar es lo más natural que puedes hacer porque se te activa todo...” (Lorena).

Sin embargo, el sentido de “natural” que una persona le atribuye a su producto consumido, no sólo puede ser ignorado por otra mujer, sino hasta ridiculizado y, con frecuencia, maximizado en sus riesgos. Las mujeres tienden entonces a justificar con muchas razones o propiedades lo que consumen y en cambio alarmarse por lo que consumen otras mujeres, o bien, desaprobando su mismo tipo de producto, cuando éste viene en otra marca o presentación:

— En mi trabajo hay muchas que toman de esas (otras) pastillas y están ¡super delgaditas!... muchas que son modelos... pantalón talla cero, de hecho no recuerdo el nombre ahorita de qué medicamento se están inyectando en la cintura y les baja como dos o tres tallas y yo he estado con ellas y veo en el baño que se inyectan y les digo que ¡lo que se ponen es droga! Se inyectan y les baja la cintura así de chiquita, pero ¿qué pasa con el tiempo? Entra el efecto rebote...” (Lorena)

— Herbalife hasta que llega al público ofrece nutrición, los otros (suplementos alimenticios) están explotando otra área de mercado y no les importa la salud del ser humano, porque también los medicamentos... son buenos para hacerte salir de la crisis... pero luego por qué los hospitales están llenos...” (Patricia)

— En el gimnasio se usa mucho todo esto, hay de muchos estilos, no?, hay de muchos estilos, eso es insólito para mí, aunque diga la gente, ¡es que esto sí es una maravilla del mundo!, yo no, no puedo. En cambio lo que yo tomo es totalmente natural, es solo para mantenerme desinflamada del vientre y también antioxidante. Yo creo que la gente puede tomar vitamínicos y otras cosas que no te las alcanzas a cubrir con la alimentación, pero no todos estos químicos que aparte que te rebotan, hacen que descuides el ejercitar tu cuerpo...” (Gabriela)

No queda claro hasta ahora cuál es el criterio que utilizan para preferir un tipo de producto a otro, es decir, esa selectividad con la que eligen consumir algo y descartar o confiar de lo que otras mujeres consumen. Pudiera ser aquí la parte subjetiva que tiene que

ver con las historias de vida de cada una, o bien, estar en función de sus rasgos de personalidad, preferencias individuales o paliativas, a los que hace mención la psicología y la nutrición. Lo que sí es claro, es que el comportamiento de consumo en múltiples ejemplos es disonante con varios valores expresados y que, en la mayoría de los casos, el tipo de producto que critican -fajas, tenis, pastillas, geles, infusiones, suplementos, etc.-, en algún momento ya lo usaron y no les funcionó. A lo largo de sus experiencias con los productos, pareciera entonces que las mujeres van haciendo carrera con lo que hacen y buscan confirmar sus hipótesis de que otros productos son los dañinos para la salud, excepto, lo que ellas consumen. Ilustran esta postura, las narraciones de

—..tengo poco (tomando la pastilla), la verdad, es que antes estuve usando unos parches que me gustaban mucho pero dejaron de venderlos” (Patricia).

—.. Toda la vida he buscado estar delgada... empecé como a los 17 o 18... pero nunca he dejado de comprarme todo lo que me dicen (mis tías, primas, hermanas) que funciona...” (Perla).

Es como si el tiempo o trayecto de vida por el que ellas han transcurrido, fuera el aval suficiente para saber si algo es efectivo o no, o bien, nocivo o no para la salud y eso las colocara paulatinamente en calidad de expertas, lo que denota mayor orgullo al hablar de un producto que han utilizado por años con aparente efectividad. Quizá por ello es que el criterio más importante para ir a comprar “algo nuevo” sea también la recomendación de otra mujer en función de sus experiencias de éxito. Tal como apuntaron las estadísticas en la encuesta también.

La mayoría de ellas, reflejó en dos momentos cruciales de sus discursos un uso –y hasta dependencia- muy marcado de la tecnología: 1) Cuando se trata de informarse –ya sea sobre su salud, alimentación, oportunidades de compra, etc.- y 2) Cuando se trata de sus

–chequeos” o corroboraciones de su estado de salud. Ejemplos de discursos escuchados son los de Lorena y Patricia:

—Am las tecnologías... Yo uso mucho el internet... me gusta mucho el internet... de hecho... lo traigo siempre en el teléfono... yo todo lo investigo por el internet...todo lo compro por allí...Todo evoluciona no?, todo gira y cambia de un segundo a otro...hay que aprovechar todo lo que hay para saber cómo vamos y estarnos checando... yo me estoy checando todo el tiempo...” (Lorena)

–En esa página (web), siempre hay gente preguntando... yo lo he hecho... Cuando todos están chateando así... la gente preguntamos a los especialistas en línea...” (Perla)

Las mujeres obtienen una información selectiva de lo que les parece importante acerca del producto y de los efectos –positivos- que esperan tener al consumirlo y luego buscan deliberadamente las respuestas puntuales a sus preguntas específicas con otros expertos. No son infrecuentes las consultas informales a expertos de la salud en calidad de –conocidos” –farmaceutas, médicos, representantes médicos, nutriólogos, etc.- a quienes preguntan e interrogan en reuniones familiares, pasillos de centros de trabajo, la calle o por teléfono acerca, solamente, de lo que quieren saber, como puede ser un nombre, una marca, una dosis, una licencia, una importación o una pregunta a partir de un examen de laboratorio hecho.

El manejo de aparatos médicos y servicios de laboratorio, fue algo afín a todas las entrevistadas como vehículo para confirmar o descartar hipótesis sobre sus estados de salud, la conveniencia o no de usar un producto, o bien, dejar de consumirlo. Esto se asocia a la representación de vivir en una era modernizada, global, de grandes alcances para la ciencia y la tecnología, y en donde, a través de ellas, se habría de corroborar finalmente, el estado de salud en el que se encuentran. Al respecto, las entrevistadas narran sus experiencias con el uso de aparatos o servicios tecnológicos:

–Yo tengo cintas para medir el azúcar...de vez en cuando me la mido... no está demás... y también el aparato de la presión y con él me checo todo el tiempo” (Patricia)

–Cuando te toman la presión, por ejemplo, te dan un margen para decirte en este rango estás bien, ya fuera de esos límites, andas mal... es igual, con el peso, las básculas son exactas, tú puedes tener 2 kilos por arriba o por debajo de tu peso ideal, pero ya más, ya no, quiere decir que algo anda mal, pero hay que usar básculas con pesas y no esas de piso...(Perla)”

–Pues es que hay que hacerse... primero que nada estudios de rutina, exámenes de laboratorio: sangre... glucosa, colesterol, perfiles tiroideos, biometría hemática... todo... yo me he hecho exámenes de tiroide, lo que son las enzimas para ver el artritis y el perfil hormonal, todo lo que conlleva a estudios rutinarios...medirse, pesarse...” (Lorena)

A pesar de que las mujeres nombraron entre sus experiencias de consumo una larga lista de profesionistas médicos y nutriólogos, pareció existir una constante al respecto: la deserción después de un período que ellas consideran prolongado pero insuficiente para haber logrado adelgazar. Esto reafirma el sentido de que el consumo, más que por la garantía de ser algo eficaz o libre de riesgo, se consume en función de las expectativas generadas de transformación corporal en las mujeres. Concuera también con las observaciones obtenidas en la encuesta, pues el largo recorrido por experiencias de consumo, dan cuenta del salto que hacen de un producto a otro, del consumo simultáneo de los mismos, del cambio de un producto a un servicio –y viceversa-, o bien, de un servicio profesional a otro.

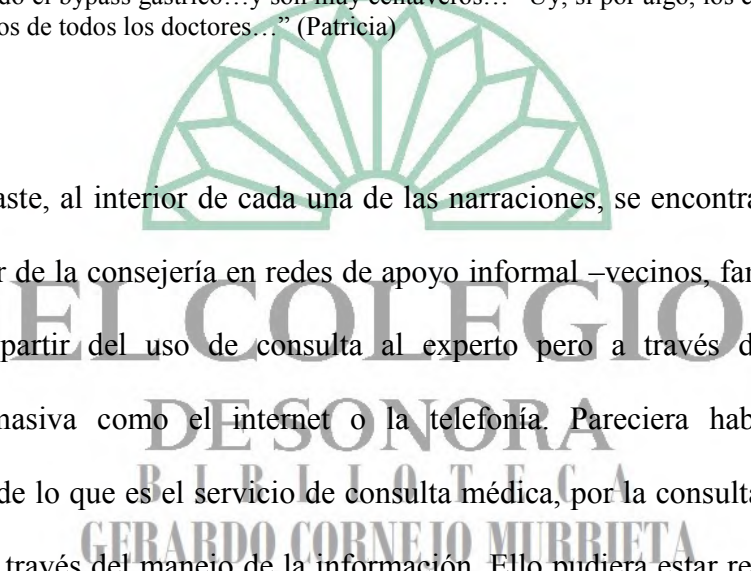
Las expresiones de los médicos o “dieteros famosos” de la región –no solo de la ciudad- a los cuales han acudido, fueron diversas, encontrando que con aquellos especialistas con los que las mujeres reportaron haber obtenido mayor satisfacción, ya sea por la eficacia o por la rapidez con la que “vieron” resultados, tuvieron en común expresiones verbales vinculadas al respeto, afecto o reconocimiento, esos profesionistas fueron referidos positivamente como “híndo”, “amable”, “una dulzura”, “súper serio”, “cuida mucho a la mujer” y “un amor”. Sin embargo, estas expresiones conformaron la minoría de una larga lista de profesionistas resultante entre las seis entrevistadas, para los

cuales, la mayoría de las expresiones fueron desfavorables acerca de la imagen profesional a decir de las experiencias de Perla, Lorena y Patricia:

–El dietero... era famosísimo el señor, pero a mí me desesperó porque no bajaba tan rápido. Aparte que por ejemplo, él me decía, no sé, -tu pesas 113 kilos, no?- y yo -¿?- (asombro). Iba y me pesaba en otra báscula y pesaba 106, entonces yo decía... ¡¿entonces a qué estamos jugando pues?! ¿Cuánto peso en realidad?, ¡a mí díganme la verdad!, qué es lo que está pasando: No me iba a ir nomás porque pese menos o me digas lo que realmente peso...” (Perla)

–Y como (los tenis) me cayeron mal... me fui directo a tomarme unas radiografías de la columna y ya de allí se las llevé al doctor y sí, fueron los zapatos los que me lastimaron... luego fui a la tienda de ortopedia (con su receta) a que le quitaran la plataforma... y después llevé a la (misma) tienda mis demás tenis para que le pusieran la misma plantilla... porque si regresaba con el ortopedista, me iba a querer volver a cobrar...” (Lorena)

–Y es que, los médicos luego luego quieren operar... Todos los doctores que he visto me han recomendado el bypass gástrico... y son muy centaveros... –Uy, si por algo, los cirujanos son los más ricos de todos los doctores...” (Patricia)



En contraste, al interior de cada una de las narraciones, se encontraron expresiones de apoyo a partir de la consejería en redes de apoyo informal –vecinos, familiares, amigos, etc- o bien, a partir del uso de consulta al experto pero a través de un medio de comunicación masiva como el internet o la telefonía. Pareciera haber entonces un desplazamiento de lo que es el servicio de consulta médica, por la consulta pero de solo el dato necesario a través del manejo de la información. Ello pudiera estar relacionado con el manejo de una mayor información en los medios –selectiva- pero también, a la complicada dinámica laboral por la que atraviesan pues a la mayoría de ellas, a pesar de que en los discursos reconocían la utilidad y la importancia de sus afiliaciones de seguridad social para emergencias y cirugías mayores, les resulta inaccesible consultar para chequeo o para el fin de adelgazar en sus centros de salud y hacen referencias a la –larga” espera para poder consultar o pasar con el especialista en los lugares a los que tienen afiliación. De manera muy semejante a los datos obtenidos en la encuesta.

Pareciera haber entonces un descenso en el posicionamiento social del médico como la figura profesional legítima para atender al cuerpo y darle ~~–~~mantenimiento”, para ayudar a ~~–~~euidarse” a las mujeres, posicionándose nuevos profesionales asociados al ~~–~~desarrollo personal” y el ~~–~~desarrollo de la imagen”, o bien, la sustitución radical de la opinión médica para hacer un auto ~~–~~escaneo”, o una auto valoración a partir de un rango específico de medición, auxiliadas con algún instrumento o aparato. Al menos, en el campo del adelgazamiento, el médico no resulta ser el único o mejor profesionista seleccionado para consultar, sino que, en la complejidad del tema, las mujeres reconocen en el discurso que su ~~–~~problema” o ~~–~~necesidad de adelgazar” debería ser atendida por un ~~–~~equipo” ~~–~~integral” de profesionistas, o bien, por una clínica multidisciplinaria que manejara muchos tipos de servicios de salud, incluyendo los alternativos como la acupuntura (~~–~~agujas” y ~~–~~balines”), el yoga, la herbolaria y el masaje, en los cuales ellas ya poseen experiencia pues suelen compartir el gasto de su ~~–~~arreglo personal” en este tipo de servicios también.

Ahora bien, dentro de las expresiones simbólicas en el lenguaje con el que ellas se refieren a los ~~–~~consejeros” o a quienes las mujeres acuden para resolver sus dudas puntuales, sobresalen algunos aspectos simbólicos que son buscados como garantía de que sea el experto adecuado, los símbolos de la legitimidad para informarlas o aconsejarlas sobre sus cuerpos. En estos casos, fue común que reconocieran que con quien hablan de estos temas o a quien se acercan a preguntar, por lo regular: a) tienen ~~–~~muchos títulos o especialidades”, es decir, si el profesionista tiene más de una especialidad o licenciatura, es mejor; b) es ~~–~~famoso”, encontrando una asociación entre la aparición del nombre del especialista en letreros, spots, revistas médicas, portales web, etc, o bien, con la enorme cantidad de pacientes que tenga en lista de espera y la aparente eficacia con la que puede

resolverles sus cuestionamientos y, por último, c) de manera especial en las únicas mujeres entrevistadas que poseían estudios de posgrado, hay una preferencia a buscar profesionistas “premiados”, es decir, que sean famosos no tanto por el número de población que atiendan o la frecuencia con la que aparezcan en los medios, sino porque han sido reconocidos o galardonados entre sus colegas o el mismo gremio de profesionales. Conservando en todos los casos, una relación de autoridad con el experto y no de igualdad –a pesar de ser vecino o amigo- basada en el reconocimiento de que ellos poseen un mayor logro académico o profesional que el que ellas:

–Mi vecino es una eminencia, siempre ha sido muy elavado en la medicina interna, cuando nos vemos en el garaje aprovecho y le pregunto... y le digo, ándale, dime, no te hagas, jaja, que yo voy a ser tu clienta de al lado toda la vida, jajaja” (Mariana).

–Mi dieta es muy especial, muy muy especial... por ser vegetariana, entonces... cuando tengo duda... voy y le pregunto a la uní a un amigo mío de hace muchos años que trabaja también en... (X centro de investigación)..., él ha sido premiado varias veces por sus investigaciones desde el doctorado en nutrición... y ya, él me dice qué tipo de equivalencias puedo hacer con los alimentos... y qué hierbas nada más no han demostrado eficacia, no?” (Gabriela).

Pero recurrir constantemente a la consejería y a medios electrónicos o tecnológicos para asegurarse “más salud”, no hace que las mujeres sean dóciles al lenguaje publicitario, como podría esperarse a partir de la revisión de la literatura. Las mujeres son críticas con los medios de comunicación y esto constituye una estrategia importante hacia el consumo, sobre todo para quienes se consideran delgadas y para lograrlo, tuvieron que incorporar prácticas en lo cotidiano –con mucho esfuerzo y –disciplina”-. Estas mujeres se expresan con sentido del humor cuando encuentran disonancias en los mensajes de los medios electrónicos o impresos, como lo hacen Perla, Esther y Gabriela:

–Traigo este medicamento que es fabuloso, lo único que tienes que hacer es ponerte a dieta y hacer ejercicio- jajaja, -ah, neeeta?- jajajaja, -así voy a adelgazar?- jajajaja...” (Perla)

–¿lo primero que tienes que hacer para mantenerte, a tu percepción de belleza, es no poner atención a muchas cosas que salen en la tele, lo primero... Luego realmente intentar hacer

algo para bajar... ¡pero pensar pues!, porque... está como una prima mía que decía –Ay, yo voy a demandar a Slim Fast, porque decían compra Slim Fast y vas a adelgazar. Y ya lo compre y allí lo tengo guardado y ¡no me ha adelgazado!- Jajaja...”(Esther)

–Es muy chistoso, porque, bueno, al menos yo si soy muy crítica, por ejemplo, yo no me pongo a comprar cosas en la televisión. Yo lo que me llevo a comprar es lo que ya le funcionó a alguien más... pero les agarro cura cuando luego dicen en la tele – Estudios hechos de una universidad avalan que...- , jajaja, yo digo- ¿ah sí?, ¿qué universidad?, ¿qué estudio fue? Pásame el expediente para poder buscarlo, no?- jajaja.” (Gabriela)

Son conscientes de que los spots publicitarios y los comerciantes formales –tiendas departamentales, farmacias, laboratorios, etc.- e informales –la compañera de trabajo, vecina, etc.- solo tienen la intención de vender cuando les ofrecen directamente un producto. Saben que el mensaje en sí mismo a la hora de publicitar el producto no tiene por qué ser verdadero y que los comerciantes o mercadólogos suele no tener escrúpulos a la hora de prometer. Ellas mismas suelen referirse al resto de los productos, que no son lo que ellas consumen, como –milagro”, sabedoras que les atribuyen muchos más –beneficios” de lo que en verdad poseen.

Finalmente, entre sus discursos asociados a la salud y a su economía, hay en general hay una tendencia a considerar la probabilidad de hacerse tratamientos quirúrgicos, esto es más evidente entre las mujeres no delgadas. Las consultas a internet o a –conocidos” asociados a la salud, tienen que ver también con la exploración de probabilidad, precios, accesibilidad y tiempo de recuperación de las cirugías. Este tema forma parte también de la socialización con otras mujeres y si la familia entera se trata de personas con sobrepeso, la frecuencia y la intensidad con la que se recurre a los temas quirúrgicos, es mayor.

5.2 Siempre hemos batallado con el peso

La carga emocional de las mujeres que se identifican a sí mismas con sobrepeso u obesidad, es muy pesada y supone estrés y angustia permanente. Las entrevistas con ellas en general fueron dramáticas, iban de expresiones tristes o dolorosas, hacia situaciones chuscas o de

risa rápida, manejando un estado de tensión acerca del tema que evidencian la preocupación constante que viven en relación a su imagen y a la capacidad de logro respecto a sus cuerpos como materia a transformar. En estos casos, la insatisfacción corporal es evidente, dando lugar a un estado de angustia y búsqueda intermitente de soluciones y alternativas, que pueden rayar en la obsesividad, pues cada práctica realizada con culpa en lo cotidiano, como comer, las coloca en un estado de tensión que hay que resolver a como dé lugar en el balance de sus prácticas diarias.

Parte de la aceptación o intento de adaptación social de las mujeres hacia su “problema” de obesidad, es tratar de explicar la *etiología* de su situación, como parte de la legitimación de ellas en calidad de personas. Todas las que se asumieron como “no delgadas” reconocieron en el discurso, ser parte de un “problema familiar”, en donde las palabras “herencia” y “genética” entraron en juego durante los discursos para explicar la causalidad de su “problema” individual. Así se expresaron, por ejemplo, Perla y Patricia:

“Por el lado de (la familia de) mi mamá, padecemos mucho de obesidad, entonces es muy común que nos pasemos dietas, recetas y demás, no?. Siempre nos estamos recomendando cosas porque tenemos esta enfermedad todos” (Perla).

“Hay mucha gente que... como en mi caso... no está delgada no tanto porque coma mucho, sino porque yo, por ejemplo, soy súper sedentaria: ése es el problema, y como ya traigo la tendencia a engordar, cualquier cosita me infla y ¿cómo le hago?...” (Patricia)

Pareciera que algo todavía peor que haber nacido con la sentencia de poseer un cuerpo “gordo” fuera no hacer nada ante ello. Las prácticas adquieren diferentes sentidos cuando la persona se ve “atrapada” en este estado de notable inconformidad. El objetivo es claro: “atacar” la obesidad. No existen prácticas con sentido de aceptación o placer en relación a su imagen, porque ello significaría una tregua con su realidad corporal y en

cambio, eligen emprender sus luchas –personales, familiares o parentales- contra la enorme representación de la obesidad. No sólo pueden llegar a ser obsesivas en la búsqueda de productos y servicios a consumir, sino que además, abogan por la aceptación social de su condición, al ir dando cuenta de sus prácticas diarias a los demás. La culpa de no lograr adelgazar como quisieran, las lleva a tener que dar explicaciones sociales acerca de su –estado”, como se puede apreciar en las conversaciones de Perla y Mariana:

–No podía hacer ejercicio, de verdad, porque yo trabajaba todo el día, salía desde las 5:50 de la casa y no volvía hasta las 6 de la tarde. Entonces era muy complicado para mí ir al gimnasio o lo que tú quieras... y pues... uno que es floja también... yo sé que a lo mejor sí podría ir en la noche, pero te lo juro que terminaba súper cansada...” (Perla).

–Hay muchas cosas que yo no puedo tomar...hay muchas cosas que yo no puedo hacer (de ejercicio)...El problema es que muchas veces te dicen –ay, cómprate estas pastillas que están ¡wow!- y tú vas y te las compras y dices tú, son naturistas, pero te ponen muy mal, te alteran. Todos los tratamientos te aceleran, entonces ¡si yo de por sí soy medio nerviosa!, o no nerviosa, pero sí, como muy, irritable, ¡imagínate con pastillas y eso!” (Mariana)

La norma o rol esperado para una persona con complexión gruesa o con sobrepeso entonces es –batallar”, dar la lucha, pelearse contra ese enemigo indeseable que habita en el mismo cuerpo y al que, en el mejor de los casos, se le concibe como algo externo a la persona, o ajeno al control de quien padece el sobrepeso. Pero, al menos en la mayoría de las entrevistas, situación es irreflexiva, las mujeres asumen, con –naturalidad, que si el enemigo número uno en la salud del estado es la obesidad, ésta se trata de un ente epidemiológico y no de su condición de –gorda”, trasladando la noción de obesidad y sobrepeso a la persona, por lo que es fácil entonces encontrar expresiones como las –gordas”, –las obesas”.

La complexión del cuerpo, así como la incapacidad de controlarlo, la frustración de no poder regular o –someterse” y estar dentro de las medidas estándar, las coloca en una

posición de anormalidad estadística, fuera de los rangos de las tallas y la medición promedio que se hace de las demás mujeres. Más allá de la insatisfacción corporal, en el caso de las mujeres que jamás han tenido oportunidad de verse en algún momento de sus vidas a sí mismas delgadas, prevalece un sentido de inadecuación social, una sensación psicológica de inadaptación que golpea a la identidad y que obliga a establecer mecanismos de compensación a costa de otros logros personales para no desintegrarse, para guardar todavía el control de sí mismas como personas, de manera muy semejante a los esfuerzos que describe Goffman (1986) los pacientes psiquiátricos ante la resistencia a ser estigmatizados como tales. Perla describe sobre sí misma:

—Yo creo que los estándares de ahora, a mí, no me funcionan, jajaja, o sea, ahora los estándares son de que, tienes que pesar como 4 o 5 kilos menos de lo que mides, ¿no? O una cosa así... pero no... de plano... yo debí de haber nacido en otra época...” (Perla).

Elas se perciben como personas que heredaron un estigma que habrán de encararlo socialmente durante el resto de sus vidas y la mejor forma de hacerlo es “batallando” con ello. ¿Para qué considerarlo batalla? Para permanecer íntegras en su identidad y no ser devaluadas a un carácter sub-humano, explicaría Goffman (1986).

Pero también en los discursos se pueden observar otros sentidos a sus prácticas. De manera análoga a las explicaciones de Comelles, las mujeres asocian lingüísticamente su condición de “gordas” a una serie de atributos que las “animaliza” y las reduce a un sentido sub humano, asociado a la bestialidad. En este sentido, en efecto, las mujeres hacen su máximo esfuerzo para no dejar salir a la bestia, para no parecer más un animal o un ente deforme o abominable para los demás – y en cambio ser aceptadas- y finalmente, para estar integradas socialmente, ya que el sobrepeso es un enemigo público al que hay que vencer.

Las personas, en la lógica de sus prácticas, se deben de dominar a sí mismas. Hay una exigencia social, que se enfatiza claramente respecto al trabajo –pero también a la hora de conseguir o retener una pareja, como se verá más adelante- en la que hay que saber librar las tensiones entre las necesidades fisiológicas de comer, calmar la ansiedad y descansar, o parecer una –eerdá”, –echarse a descansar” o –atascarse” de comida por falta de tiempo.

Las mujeres, llevan en la memoria de forma muy fresca, como letanía, los riesgos que tienen la obesidad y el sobrepeso, particularmente si son ellas mismas las que llevan esta sentencia a costas. A diferencia de los riesgos que desconocen en el consumo de sus productos, conciben a la obesidad como una seria amenaza para el bien-estar. En palabras de Perla y Patricia:

–Entre más gordita, eres más propensa a más problemas, tanto cardíacos, como hipertensión, diabetes, o cualquier otra cosa, incluso colitis y todo eso...también se tienen problemas posturales y de sueño...y es más fácil que te mueras por estrés...” (Perla)

–Cuando estás obesa, no solo no duermes bien, no descansas, sino que estás más cansada porque resientes el sobrepeso... mi cuerpo está resintiéndome todo ese peso que trae de más y me siento mal, no rindo, aparte de que en general tengo más riesgo a un infarto a tener problemas cardíacos, yo tengo más probabilidad de morir pronto...” (Patricia)

Pero también la obesidad resulta un obstáculo a vencer para el bien-verse y que afecta también a los casos de obesidad no –heredada”. En estos casos las mujeres suelen ver el sobrepeso como una entidad nosológica que se va complicando y que se convierte en algo crónico que debió ser atacado entonces desde los principios de la enfermedad, es decir, en los primeros –síntomas” de aumento de peso, a fin de no perder –la batalla”. Al respecto, Esther, que nunca ha padecido sobrepeso y Mariana que constantemente oscila entre el sobrepeso y la delgadez, comentan:

–Yo pienso, cuando algo te complica ya en tu vida diaria, ya, algo anda mal, aguas, hay que revisar si te duele o si puedes moderarte, e incluso ir al doctor, porque estás a tiempo, porque tienes que revisar, si hay chance de corregirlo o... no se... tienes que cuidarte más a tiempo para que no se haga algo crónico” (Mariana)

—...porque... ¿cómo no te vas a dar cuenta que estás gane y gane peso?...si la ropa ya no te queda, hay que hacer algo...” (Esther)

La obesidad se convierte en una amenaza, un riesgo en calidad de entidad que pone en vulnera la vida y la existencia en un medio social, de ella depende la degradación de la persona a algo de menor valía y requerirá entonces un valor heroico para resolverse —o en el mejor de los casos afrontarse-: Algo que sólo se conquista a partir de tener “voluntad” suficiente, o de solicitar la ayuda necesaria, oportuna y efectiva cuando no se tiene suficiente voluntad propia.

La mujer con sobrepeso u obesidad, no sólo batallará con su “problema”, sino además, deberá pedir ayuda, reconociendo en primera instancia que la persona no sólo no tiene suficiente control sobre su cuerpo y reconociendo, además, que necesita de los demás para poder ser normalizada. Esto es algo que las mujeres delgadas observan como cualidad o virtud, en una mujer obesa, como lo adecuado o normativo en el “tratamiento” que habría de dárselas. Lorena expresa esto claramente al referirse a su hermana:

—Y le digo a ella, ¿por qué te dejas encerrada en este cuerpo que no es tuyo?, ella me dice - ¡ya no puedo!- (y yo le respondo) -No digas no puedo, di ¡yo puedo!, nunca digas que no, porque si se puede, claro que sí puedes, es cuestión de que tú quieras- Porque yo la he visto a ella que ya arreglada se puede ver muy guapa, lo que pasa es que muchas veces por estar pensando en cosas materiales o problemas familiares o simplemente porque les gustó mucho la comida —que flojera con esa dieta, voy a comer- no tienen control, no frenan, se pierden, se dejan llevar por la frustración, a engordar, a entrarle a todo, pero claro que a todos nos puede pasar... y por ello hay que ayudarse uno misma o pedir ayuda, yo sé que puedo sufrir eso, yo misma me miro en el espejo y digo —hoy amanecí gordita- esos son los días que ya me va a bajar y como que amanezco triste, pero ya, sale el sol y hay que buscar actividades o gente que nos anime para levantarse y poder decir -hoy amanecí más delgada... sí se puede!”


Para quienes nunca han experimentado estar en una condición de sobrepeso, hay de cualquier forma una especie de sombra que genera una ansiedad o miedo ante la probabilidad de llegar a estar algún día en ese “estado” y que activa sentimientos de lástima

y compasión hacia quienes ~~“~~oda la vida” han ~~“~~batallado” con el sobrepeso. Al respecto, las entrevistadas con complejión corporal delgada comentaron:

—Yo sí he escuchado a gente que se burla o cuenta chistes delante de las personas gorditas... y digo, está mal: Son seres humanos, igual que nosotros” (Lorena)

—Res, cuando yo veo a una persona así gorda u obesa, nombre, digo, ay no, ¡imagínate!, qué preocupación, lo estorboso, la dificultad así para moverte, para pedirle el permiso a un pie para mover el otro, o sea, ¿quién piensa en sentarse en una silla? O sea, yo no, en cambio ellos (los obesos) lo piensan y lo planean, es una gran preparación para poder hacer algo, es un -allí voy eh?-, un gran anuncio de -voy a hacer esto-... cuando uno normalmente hace algo y ya... sin pensarlo... compras un boleto para el avión y listo, no andas viendo si vas a necesitar dos o tres... Qué angustia... a mí me angustia pensar que a cualquiera pudiera llegar a pasarle algo así...” (Gabriela)

—Yo lo primero que pienso cuando veo a alguien así es ~~“~~ay, pobrecita, ha de tener un problema de tiroides, ha de batallar para dormir o se ha de sentirse muy mal, muy avergonzada de estar así...” (Esther).



El padecer sobrepeso u obesidad, disminuyéndolas en su calidad de personas, relativiza la capacidad de logro de las mujeres con sobrepeso en sus diferentes roles, especialmente en el de mujeres trabajadoras y en su rol de parejas. En el ambiente laboral, las mujeres asocian la obesidad con sedentarismo, y éste en inmovilidad y falta de rendimiento físico, pero también a otros atributos personales como la ~~“~~responsabilidad”, la ~~“~~disciplina” y la falta de ~~“~~seriedad”.

Las mujeres con sobrepeso no pueden sentir algo menos que incomodidad, al verse inadecuadas para los ~~“~~estándares” laborales que impone para ellas ~~“~~la sociedad” o ~~“~~la modernidad”. Es el instante frente al espejo en el que, como cuando suben a una báscula, se miden respecto a los demás, pero sobretodo, respecto a sí mismas. Entonces no es de extrañar que las mujeres vivencien constantemente sentimientos de frustración tras trabajar todo el día con sus luchas laborales y darle ~~“~~batalla” también a su ~~“~~problema” de sobrepeso.

Las sensaciones que acompañan a la compra y uso de la ropa, reflejan, finalmente mucho de lo que las mujeres están percibiendo acerca de sus cuerpos, pero sobretodo, de lo que los demás infieren acerca de él. Aquellas mujeres que en las entrevistas pudieron expresar orgullo sobre su complejión, no mencionaron en los discursos el momento de ir a comprar ropa, pues era visto como parte natural de las prácticas que acompañan a todas las personas. Sin embargo, para el caso de las mujeres con sobrepeso, la compra de ropa era, a decir de ellas, un momento ~~“~~muy incómodo”. Perla, habla de sí misma en su entrevista en tercera persona:

—Híjole, es que para las gorditas, ir a comprar ropa es algo muy, muy, incómodo. Yo no conozco a ninguna gordita que esté feliz porque se tenga que ir a entallar ropa...” (Perla)

Una estrategia cognitiva utilizada por las mujeres con sobrepeso, a fin de reducir la disonancia entre el éxito profesional que perciben tener y el fracaso ~~“~~personal” sobre la dominación de su cuerpo, es hacer reconciliaciones con algunas partes de su cuerpo y explotar o maximizar eso que no les parezca tan ~~“~~feo”. Ejemplos de éste proceso nos dan Patricia y Perla:

—Bueno es que tiene mucho que ver que nos soy tan chaparra... porque entonces me vería peor” (Patricia).

—A menos bajo (de peso) parejita, cuando adelgazo, adelgazo parejita, y cuando engordo, engordo parejita, no es como que eche unos brazotes, o unos muslotes, o unas nalgototas...” (Perla).

O bien, otra estrategia sería la de compararse con mujeres que no posean tantos atributos en áreas donde ellas sí tienen logros, como los rasgos del rostro o la capacidad adquisitiva. Como expresaron, de nuevo, Perla y Patricia, respectivamente:

—Claro que hay mujeres feas... con cara rara, cuerpo raro, cara desproporcionada, rasgos feos... Más vale no tener un cuerpo wow, pero tener un cuerpo proporcionado y tener una cara normalilla, ya con eso la haces...” (Perla).

—..pero bueno, al menos yo, trato de escoger marcas que ya sé que me quedan bien, y no andar de ridícula con la panza apretada en un pantalón de mezclilla...Hay que saber vestirse...” (Patricia).

La capacidad de compra resulta entonces parte del repertorio de prácticas que se ejerce con frecuencia a fin de reforzar la capacidad de logro en ellas. Pero el sentido orientativo del consumo tiene también otra vertiente: ¿Qué pasaría con ellas si resultara cierto alguno de los aspectos con los que se publicita el producto a consumir? La probabilidad de que, bajo algún mecanismo fisiológico desconocido, llegara a darse el adelgazamiento de su cuerpo, o de algunas partes con las que se sienten inconformes, bien valdría la pena el gasto.

Si el filtro obligado es que lo usen otras mujeres, vale la pena entonces estar alertas a lo que consumen otras y detectar dónde comprar inteligentemente, para luego experimentar si les funciona en un futuro también a sí mismas. Ello constituye un doble vínculo¹⁰, pero también, como una doble oportunidad: Están ansiosas de saber quién de las mujeres ya logró adelgazar -y cómo o con qué-, al mismo tiempo que desean que aquel recurso económico que, de cualquier forma van a gastar -y que les cuesta tanto energéticamente producir- tenga un fin útil. Al respecto, Mariana y Perla compartieron:

—Θ sea... los comerciales... yo los escucho.... y digo, sí, qué fregón sería, pero, obviamente que no va a pasar, verdad?, jajaja. ¿Pero te imaginas? En verdad sería padre que hicieran todo eso...” (Mariana)

—Υ es que todas las ferias y los eventos que hay son padrísimas, te enganchan, porque están hechas para eso, para que te emociones y digas -ay, queee paaaadre- yo quiero quedar así, sí, conmigo sí va a pasar, esta vez sí lo voy a lograr, y que luego des el tarjetazo, no?” (Perla).

Hay que asumir la alta probabilidad de que un producto resulte chatarra en vez de milagroso respecto al efecto esperado, pero es necesario hacer algo de forma urgente y

¹⁰ Doble vínculo es definido por Gregory Batson (1972), como la situación en donde una práctica comunicativa entre dos actores, se observan mensajes contrarios o contradictorios. Aquí se entenderá como sinónimo de ambivalencia o doble valor en un intercambio social dentro del campo del adelgazamiento.

esperanzadora, a fin de amortiguar las consecuencias sociales de la crítica y el rechazo, sobre todo si la persona cuenta con escasas o nulas redes de apoyo. Perla expresa con profunda desilusión cómo vive la crítica al interior de su familia, como ejemplo de lo necesario de un “milagro”:

—**A**bra que ya estoy bajando (de peso) mis mismas primas me dicen —síguele eh?, que bien te ves, síguele porque no, estabas muy gorda, ya deforme te veías-, o sea, yo digo, aunque yo me haya visto así, o aunque, sí, yo traía esos 10 kilos más, yo no me veía así, y me lastiman pues, me acomplejan, porque pues si algún día yo llego a eso de nuevo, ya voy a saber qué piensan de mí, no?, ahora voy a tener que seguirle...(con el adelgazamiento)” (Perla).

Hay coraje y dolor, particularmente para quienes no consiguen adelgazar, pese el uso de diferentes métodos, frente a las intenciones comerciales de quienes les promueven los productos que van a consumir. Las mujeres que desde pequeñas han “batallado” con el sobrepeso, reconocen la necesidad de buscar un remedio hasta con cierta dependencia o adicción a la exploración, pero con el dolor de saberse utilizadas también en un medio comercial, que les ofrece a cambio un producto o servicio, pero que en el intercambio social realmente ellas invierten más —y de manera constante- para el beneficio que merecieran, como lo describe finalmente Perla, al hablar en tercera persona sobre sí misma:

—Y allí están(mos), toda la bola de gorditas emocionadas, atentas, escuchando todo, y ellos (los que venden los productos o promueven servicios para adelgazar) agarrándoles cura porque son la esperanza de todas las gorditas. Todas están pensando —esto sí me va a funcionar- pero no pues, entonces allí vas ootra vez —eeee, a lo mejor este sí me va a funcionar... o el que sigue sí me va a funcionar!- Y te vuelven a animar y allí estás, nunca pierdes las esperanzas...porque la esperanza es lo último que muere.... Y ya de tanto buscar... en el fondo compramos porque de verdad buscamos un milagro”

5.3 Yo no me creo eso de la gordita feliz

Respecto a la maternidad, así como a su condición de mujeres con pareja, hay toda una serie de normas que regulan y exigen prácticas de gran tensión en la vida cotidiana de las mujeres. A las mujeres que han sido ya madres, se les exige poseer un cuerpo delgado, para parecerse más al estereotipo de la mujer contemporánea, moderna, sofisticada. No hacerlo,

les representa irresponsabilidad, descuido, falta de ~~atención~~” hacia la familia. Como sintetiza Gabriela:

–Y es que la mujer no debe descuidarse... sobre todo si ya tuvo hijos... luego no puedes regresar a tu peso...” (Gabriela)

Las mujeres entrevistadas que han tenido la experiencia de ser madres, describen con alegría las vivencias en relación a los hijos y se describen no sólo como cuidadoras y responsables de la alimentación de ellos, sino también abiertamente preocupadas por tanto ~~ochinero~~” o ~~ehatarra~~” que los hijos tienen al alcance en la calle y esto les representa una seria amenaza para la salud de la familia, ante ~~tanta~~ obesidad que hay en Hermosillo”. Ellas son promotoras al interior de sus casas de una dieta ~~balanceada~~” y ~~nutritiva~~”.

La maternidad les significa, en términos generales, una serie de aprendizajes y experiencias que por lo general la viven con gratitud, con madurez y con una actitud de mucha responsabilidad y cuestionamientos, pues ~~nadie~~ nace sabiendo ser madre”. En todas las entrevistadas que han sido madres, existió sin embargo, una especie de duelo por el cambio en las características o dimensiones que sufrió su cuerpo con la experiencia de la maternidad. Todas reconocieron haber aumentado de talla, engrosado de alguna parte del cuerpo, o bien, adelgazar, pero con el coste de unas ~~nalgas~~” o ~~bubis~~” caídas. Al respecto Lorena relató sus estrategias ~~preventivas~~”:

–Subí como 5 o 6 kilos porque tuve a mi última hija y no podía regresarme a mi peso... mi cuerpo empezó a cambiar... y dije... más vale que le cierre a la llave porque... no tendré el cuerpo de antes, pero igual me quiero mantener delgada... y le bajé dos rayas al volumen de todo...(lo que comía)” (Lorena)

Llama la atención que las dos mujeres delgadas (tallas 5 y 7 de ropa, en medición norteamericana) madres de familia, reportaron estar delgadas hoy día y sentirse orgullosas de ello, tras haber logrado adelgazar de nuevo después de la experiencia de embarazos. Ambas registraron una sensación de angustia y miedo ante la posibilidad de volver a subir

de peso, pues fue justo esa ~~gordura~~” y ~~kilos~~” acumulados tras los embarazos, los que las obligaron a tener suficiente fuerza de voluntad, para no volver a caer en un estado bochornoso de ~~engordamiento~~”. A pesar de que ninguna de las dos fue diagnosticada con sobrepeso, llama la atención que ambas, dijeron haber ~~tomado medidas~~” para volver a su peso, porque ~~ese cuerpo que tenían~~” no era el de ellas. Lorena narrando cómo estuvo a punto de ~~caer en una depresión post parto~~” expresó:

~~Yo me veía y me volvía a ver en el espejo y... no era yo...~~” (Lorena).

Para quienes están delgadas y pudieran entonces estar menos estresadas por su imagen corporal, de cualquier forma resulta inaceptable el aumento de talla en la ropa. Es como si el cuerpo sólo bajo ciertas características y propiedades fuera propio, y en el momento en el que cambia, sucede el duelo o pérdida que hace que hubiera una desconexión entre la personalidad y el cuerpo, entre la identidad y el cúmulo de tejidos, órganos, músculos, pero sobretodo ~~grasa~~” que acompañan ahora a la persona. Estas expresiones fueron observadas también en la encuesta, llegando a estar entre las primeras 15 explicaciones que las mujeres daban como motivo principal para consumir productos adelgazantes.

~~No era yo~~” expresa verbalmente el sincretismo que ellas hacen del volumen o tamaño del cuerpo con su identidad. Lo que los demás ven y lo que yo quiero que sea visto, mi identidad, con lo que yo quiero expresarme y reconocirme en el mundo. Y no puede haber más disonancia que no ser yo. ~~No ser yo~~”, equivale también a decir no soy alguien, no existo y nadie quiere pasar por la vida inadvertido(a).

Existir para el mundo social, para sí mismas frente al espejo, y para las otras mujeres y/o para los hombres, es una exigencia entonces que habrían de resolver a toda costa, porque se coloca en el nivel más prioritario de la subjetividad: Aparecer siquiera frente a los ojos, propios y de los demás. De no hacerlo, se convertirían en un fenómeno sub humano, en algo no digno de ser visible, una cosificación, un ente estigmatizado.

Las mujeres tienden a evaluar entonces en sí mismas lo que es aceptable o no bajo sus “estándares” corporales, y en ese esfuerzo por aprobarse y por probarse a sí mismas su propia conquista, habrán de dejar su propia existencia, emprenderán la batalla al costo que sea, sólo por ello se explica que algunas inviertan prácticamente la mitad de su salario completo en el mes a productos de estética, deporte y “salud”. El vestuario y el gasto en calzado, ya no tienen el sentido antiguo de solo satisfacer la necesidad de abrigo. La vista, el ver, el verse, el verlas, habrá de constituir el vehículo más importante para distinguirse en su mundo, el primer paso hacia el reconocimiento social de su persona, al mismo tiempo que el indicador más importante para su propia aprobación, pues el estado de infelicidad que produce la no aprobación visual, esa disonancia de ser importantes para sus hijos, empleados, colegas, etc. pero no significativas para quien ellas lo desean –para sí, para una pareja- habrá que resolverse a toda costa y constituir una paradoja inaceptable dentro de su desarrollo personal. Han incorporado como parte de su identidad la conquista, la obtención de logros, la búsqueda activa de resolver sus problemas. Dejar de ser vistas no les puede pasar a ellas. No pueden ser ellas a las que les esté ocurriendo perder la forma de su cuerpo, y si empieza a ocurrir, o un día despiertan presas de un cuerpo “ajeno”, no pueden resignarse a vivir dentro de ellos, pues esto las llevaría a resignarse, y por lo tanto, entrar en un proceso de devaluación . Lorena expresa la no resignación de esta forma:

—Año, y volver a estar con esas capas de gordura sobre mi cintura, volver a encerrarme porque nada me queda o tener que usar unas camisetonas para disimular en lo que me convertí, no, no, la verdad, qué difícil, no lo quiero ni pensar...” (Lorena).

La conquista sobre el cuerpo trae consigo la sombra de lo que un día éste fue o de lo que debería ser, y se activa el temor de que la ~~gordura~~”, ~~grasa~~”, ~~sobrepeso~~” o peor aún, la ~~obesidad~~” caiga como una maldición sobre las mujeres que han trabajado tanto y con tanto esmero para poder verse y sentirse bien. Cuando a las mujeres se les preguntó ¿quién elabora los productos que consumes?, ¿cuáles son los efectos que te podría producir a largo plazo lo que estás usando?, la respuesta común ~~independientemente~~ del cuerpo o la condición de maternidad- fue ~~no lo se~~”, aunado a ello seguía un ~~no había pensado en ello~~”, ~~nunca me lo he preguntado~~”, o bien ~~no lo quiero ni pensar~~”.

No querer pensar explica mucho del desconocimiento que tienen acerca de las reacciones adversas, pero también mucha de la resistencia a tener que reflexionar sobre el tema, sobre todo si ya han conseguido estar en el peso o talla de ropa deseada o aceptable para sí mismas. La resistencia a tener que investigar o a pensar en la probabilidad de no hacer nada para ~~evitarse~~” reactiva el fantasma del sobrepeso latente y nadie quiere experimentar inseguridad y angustia. Es mejor no pensar ni en obesidad ni enfermedad, para que no se lleguen a dar, como ellas mismas lo afirman.

De forma análoga a cuando buscan ser ~~vistas~~” con sus cuerpos, en el otro extremo de las representaciones, tratándose de enfermedad, dolor, muerte, o discapacidad, es mejor no pensar, no imaginar que puedan ocurrir cosas desagradables a partir de un consumo que en realidad espero que me ayude, ~~que me haga la vida más fácil~~”, que me haga ~~verme mejor~~” y no que me perjudique, así que es mejor no ver riesgos, no percibirlos, no pensar en ellos, recordando la premisa: si no los veo, no existen:

–No lo quiero ni pensar, en una situación de sobrepeso siento que estaría en mucha depresión, siento como que no me sintiera a gusto, afectaría mucho mi autoestima, sería solo que tuviera un problema, porque me dejé encerrar en un cuerpo que realmente yo no lo tuviera” (Lorena)

Así que cuando la disonancia se resuelve regresando al cuerpo a su peso o talla de ropa mínima aceptable, entonces se reactiva la identidad, se refuerza la capacidad de logro y se cosechan además, los frutos de ser nuevamente visible para los demás:

–Imagínate si no será agradable, (soy) una persona de 44 años que sigue llamando la atención, inclusive a los jóvenes, ¡claro que me siento alagada!, por supuesto!, pero ¿qué puedo responder? más que gracias, jeje, y digo, finalmente estoy bien... logré lo que necesitaba”.

Las expresiones de las mujeres que ya han conseguido incorporar en sus prácticas cotidianas la larga serie de rutinas recomendadas para ~~una~~ “mujer” dan cuenta de la satisfacción de cumplir durante el día con el listado de roles que requieren cumplir. Una mujer que recibe comentarios de alago sobre su apariencia, complexión y en términos generales sobre lo ~~bien~~ “bien” que se ve, no sólo está obteniendo la recompensa de muchos de sus esfuerzos y sacrificios, sino además, estará reforzándose a sí misma su calidad moral como persona al hacer algo bueno, al hacer las cosas bien. Al tratar con ~~euidado~~ “cuidado” a su propia persona y en ese sentido, tener la autoestima necesaria para sentirse alegre y en apariencia conforme consigo misma. Es algo tautológico, se sienten bien por haber alcanzado el logro de sentir que se sienten bien.

Se sienten bien, además, porque cumplen con los estereotipos de cuidado que una mujer debe tener en señal de responsabilidad, sobre sus imagen, su desempeño, vestuario, dieta, maquillaje, calzado y ejercicio. No pueden menos que sentirse orgullosas si esto las ha conducido de alguna forma a obtener el resultado de verse bien para los demás y juzgarse a sí mismas delgadas. Esto para ellas representa un logro, igual de reconocible y

admirable que los que obtienen en otros ámbitos de su vida, como el económico, el profesional, o el empresarial. Al respecto Esther y Perla opina:

–Eso de la fonguez... se da sobre todo en las mujeres que no trabajan... que se dejaron allí en su casa olvidadas... porque una mujer que trabaja, por fuerza, tiene que salir y ser vista, de perdida a dejar a los hijos a la guardería... y entonces... yo conozco mujeres que estaban antes gorditas... y...a partir de que trabajaron...lograron ser atractivas...entonces sí se puede... yo por eso, no me descuido, no me dejo...y a la larga... en el trabajo hasta te va mejor... rindes más” (Esther)

–Obvio, en pleno siglo XXI, uno trata de dar una buena imagen...es importante...porque pues yo no nada más soy... maestra, soy una persona con cierta autoridad y... hasta cierto punto... soy un ejemplo, entonces... hay que tomárselo en serio... Los trabajos tienen un grado de responsabilidad y para mí la forma de tomármelo en serio es llegar físicamente preparada. El maquillaje forma parte también del arreglo, en la sociedad de ahora no puedes llegar a un lugar sin maquillaje, porque te dicen –ay no, las fachas de la mujer-, no sé, si no te arreglas, –¡qué cochina la mujer!- entonces, cumpliendo los estándares normales, te maquillas, te medio peinas y te vas a trabajar... si no quieres verte mugrosa...Yo además, llevo tacones diario...y mis blusas bonitas... ya en cuanto llego a la casa me dejo el cabello suelto...y me pongo zapatos de piso...” (Perla).

Lograr la dominación del cuerpo de la mujer, independientemente de la forma o el tiempo dedicado a ello, constituye un logro que es recompensado en sí mismo pues refuerza la hipótesis personal de que la mujer se conoce y se –euidó”, por lo tanto no es irresponsable, es dedicada y además, es disciplinada, es valiosa, se le puede tomar en serio, porque se ha tomado las cosas en serio para sí misma. En términos laborales y sociales, al mismo tiempo que se cumple la premisa social de –verse bien” adelgazando, cumplen con el requisito de poder realizar con agilidad el resto de las prácticas sociales que exige una vida –moderna”.

Pero quienes han conseguido por años mantenerse delgadas, a pesar de la maternidad, y sin –rebotes”, saben que el trayecto para conseguirlo ha sido pesado, y entonces sólo lo han podido lograr, a partir de la –disciplina”. La –disciplina” es la expresión lingüística con la que hablan de la representación de obligatoriedad para hacer las cosas aun cuando no quieren, además de la capacidad de llevarse a sí mismas al límite –del

cansancio, del hambre, del dolor, etc.- y a pesar de ellos haber continuado siendo funcionales, o al menos, cumpliendo sus expectativas de sí mismas. Al respecto, las tres mujeres delgadas narraron durante sus entrevistas:

—Yo estoy acostumbrada a la actividad física... tuve prácticamente entrenamiento de soldado en la universidad y eso hoy lo agradezco muchísimo... No recuerdo haber tenido un solo fin de descanso durante la carrera...” (Esther)

—Yo conocí mis límites en el rendimiento físico cuando joven... por eso... creo en las lesiones, en la fatiga, en el cansancio, creo en la necesidad de relajación y en la disciplina, creo en las vitaminas, en los suplementos, creo que se necesita saberse nutrir, creo en el buen comer, porque se requiere energía, sobre todo para responder a los alumnos, a las mascotas, a los niños, a la gente joven, no? Que demandan demasiada concentración de uno... para lo que hay que tener energía y eso sólo se consigue con trabajo y con disciplina... el hábito te rige, el hábito te marca como persona, el hábito eres tú...” (Gabriela)

—Creo que a veces yo pecho de ¡conocerme taaanto!, que yo creo que hasta pecho demasiado de poder decirte exactamente qué no me gusta y qué parte de mi cuerpo es la que tengo que trabajar y en cuánto tiempo... lo voy a lograr... y me gusta ser estricta conmigo...” (Lorena)

Cuánto subieron, cuánto bajaron, equivale a cuánta capacidad tuvieron de conquistar sus cuerpos, cuánta voluntad tuvieron para contenerse del impulso de comer, de la “fodonguez” de no hacer ejercicio, de la tentación de no hacer algo especial para combatir el sobrepeso. Quienes están en su peso regular en cambio, saben que quienes no lo están, no pueden menos que sentirse incómodas consigo mismas, porque no han logrado tener “suficiente fuerza de voluntad” y porque serán presas de prejuicios y de burlas. De la misma forma que están seguras que hay algo que no anda bien en la vida de una persona con sobrepeso u obesidad como etiología del “problema” o “enfermedad”, saben también, que la persona, aunque parezca joven, “arreglada” del cabello, cara, maquillaje, vestuario, accesorios, etc., “en el fondo” no se sienten bien, porque nadie puede sentirse bien con semejante estigma a cuestas. Porque nadie quiere ser la protagonista de un chiste de mujer, en vez de una mujer respetable. Como mención Esther:

—Yo no me creo eso que dicen, la típica frase de la gordita feliz... ¿o tú les crees?”

Finalmente, quienes llegan a reconocer abiertamente la insatisfacción corporal, así como la generalización que existe al respecto entre las mujeres allegadas a ellas, tienden a cuestionar a otras mujeres acerca de lo que mínimamente se tendría que hacer para conseguir un estado de satisfacción sobre las prácticas para ser “bellas y saludables”. Esa sinceridad de expresar su vergüenza y la de sus amigas o familiares, o de compartir sus experiencias en reuniones o sesiones de consejería, les da el derecho a criticar y a juzgar a otros que no lo hacen. Ya que, si no se logra la meta de tener EL cuerpo que ellas desean, tienen como estrategia personal, saber que, de manera constante, hacen algo. Como expresó una de las entrevistadas...

—y no quiero pensar que tú, por ejemplo, si tienes dos niños, no te vayas a preocupar, ya no te digo por tener un cuerpazo como la Niurka o la Ninel Conde, pero sí con una preocupación por estar en tu peso ideal, por tener vigor, energía, por verte bien, para sentirte bien tú y para verte bien para tu esposo...no quiero pensar que te cruzas de brazos y no haces nada...”

La imagen corporal, forma parte entonces no sólo del complejo de representaciones que tienen que ver con la salud, la belleza y el trabajo, que como se mencionó, se compone, entre otras cosas, de verse y sentirse bien, sino que, además, la imagen corporal refleja entonces la identidad, las preferencias, los gustos, la presencia o ausencia de problemas en las personas, los patrones de consumo, la clase, y los estereotipos a los que hay que responder en función de ser mujeres. La imagen o “impresión” -en términos de Goffman- que la mujer da a los demás, constituye un indicador social fundamental entonces de su estado de bienestar ¿y quién quiere verse enfermo o evidenciado en sus problemas? La imagen corporal es la tarjeta de presentación que las mujeres hacen entonces de su propia identidad, el primer signo visible de lo que constituye la persona y de lo que esperan que los demás aprecien o desprecien de mí, en un medio social, por cierto, muy competido entre las mismas mujeres.

Las mujeres en general –delgadas y no delgadas- entran entonces en una dinámica en donde gran parte de las prácticas que realizan, son también para dar cuenta a los demás, de que ellas en verdad se preocupan por sí mismas, se valoran, se estiman y se cuidan. Seguramente tienen problemas –porque son normales- pero tienen las habilidades y los medios para resolverlos.

En cambio, la impresión social que deja una mujer con sobrepeso, implica la existencia de un padecimiento mayor, como lo describen Lorena y Gabriela:

–Las personas nos delatan bien fácil: Hay cosas que por más que quieras trabajar y esconder, no se puede, porque la salud también viene del estado de ánimo, de lo que alcanzas a comer... de tus hábitos... de lo que traes en la cabeza...o sea, ahora sí que como estás por dentro, estás por fuera”. (Lorena)

–Cuando yo veo a una persona llenita, a mí lo único que me dice es que está insatisfecha con algo y no sabe cuál es la insatisfacción. Esa persona está buscando cómo llenar esa insatisfacción y por lo general es con la comida, ¿por qué? Por el sentido del gusto, nomás, de esa manera se satisface, de esa forma se protege, se va llenando de capitas y capitas de grasa... Yo he leído que las emociones tienen mucho que ver... si no voy al baño en todo el día por eso me pregunto ¿cuál es la idea que no me permito digerir?, ¿qué me está pasando?, porque si yo me estoy estriñendo, no estoy digiriendo bien, ¿qué es lo que me está provocando esto?, entonces es ir hacia dentro de mí, ver que en mí y nadie más que en mí están las respuestas y eso mucha gente no lo puede hacer y necesita ir con el psicólogo para que le diga qué hacer...” (Gabriela)

Esto explica por qué las mujeres con sobrepeso dan cuenta públicamente de sus esfuerzos por adelgazar y aprovechan reuniones o eventos sociales para hablar del tema, mientras que para las personas que han conseguido llegar al peso –adecuado” estos intercambios sirven para autoafirmarse. Para todos los casos, la práctica para buscar adelgazar –o mantenerse delgadas- es el indicador por excelencia de que hay una condición de –autoestima” en la mujer, ya que la norma indica que, como parte de los tiempos modernos, la mujer debe de cuidarse, sentirse cómoda consigo misma y realizar lo necesario para elevar su autoestima a partir de su –arreglo” personal y sin los rituales de maquillaje, peinado calzado, ejercicio, dieta, ingesta de medicamentos, manejo del estrés y

uso de productos de perfumería y artículos de tocador, las prácticas de cuidado a sí mismas resultarían incompletas.

La mujer debe arreglarse y arreglarse, en un sentido literal, implica que hay un des-arreglo en ella, como cuando un aparato se descompone o un objeto se quiebra, hay que restaurar su esencia a partir de la imagen, de lo que los demás verán, de su capacidad externa para seducir, atraer o, mínimo, ser aceptada socialmente en función de una mirada, que incluye, por supuesto, la del propio espejo que ha interiorizado normas y valores. Ese mismo arreglo personal, normado, no puede ser sin embargo, un arreglo estándar, pues tiene que ajustarse a la complejión y condiciones de vida de la persona. Y es diferenciado además, dentro de la misma persona, en función del ambiente o lugar al que van a dirigirse, el rol que esperan los demás que realice en su ambiente laboral y sus propios estereotipos de género y clase. Lorena y Gabriela lo expresan con claridad:

—La mujer, aparte de cuidarse de lo que come, debe hacer ejercicio, debe cuidarse en su aspecto, primero que nada la piel, por ejemplo, yo no me puedo ir a la cama con la pintura puesta, yo me doy mi baño rápido, me desmaquillo, me pongo una crema, ya sea para humectar la piel y debemos de dormir, con cero pintura, sin maquillaje. A parte de eso, la mujer debe, no nomás de la cara, darse su aseo personal, para estar a gusto, porque de la belleza nace el amor... y una se debe de tener amor, se debe de cuidar, cuidarse también es saber que esto no me gusta, esto me cae bien, o esto no... No debes salir a la calle sin una gota de pintura, al menos yo, no puedo, porque ya es parte mío, sino que es parte de, no sé, muy de mí, igual si voy a una reunión y no me limpié antes la cara con mis cremas, siento que traigo sucia la cara. Y con el cuerpo igual, puedo andar guapísima y muy bien maquillada, y luego traer unos kilitos de más y, mmm, no, están ahí y, no, me siento fatal por eso: Uno tiene que estar atenta, la mente debe estar en todo.” (Lorena)

—La mujer tiene que vestirse para cada ocasión, por ejemplo si es una falda, no estamos en la época de las cavernas, ¿verdad? Puede ser hasta 5 dedos arriba de las rodillas, algo que no vayan a decir -esa señora mira anda vichi- , desenvolverse también en la ocasión, tampoco maquillarme muy recargada si voy a ir a trabajar... para el trabajo tengo que ponerme tonos neutros, por ejemplo. No ponerme nunca para salir las minifalditas, las telas atigradas, unos aretes grandísimos porque eso es algo gigantesco y algo, jeje raro, naco pues. Y si pues me gusta lo que viene siendo el glamur, buscar a alguien que tenga experiencia de lo que viene siendo el arreglo personal, diseño de imagen, qué es lo que te va a quedar y preguntarle dependiendo a dónde vas, que a un coctel, a una boda en la playa, porque no me voy a poner

como si fuera a una boda de noche en un salón, o sea, consultar, si es algo light, algo leve o algo muy importante, y depende, depende de si vas sola, con amigas o acompañada (de tu pareja)...” (Gabriela).

Ante la pregunta de si el arreglo debe ser distinto para la pareja o para conseguir pareja, los discursos de las mujeres mostraron aún más la tendencia a preservar los roles y estereotipos tradicionales de la mujer. Algunas de ellas, tanto en los indicios que daban por el giro de trabajo y la escolaridad, parecían mujeres independientes, liberales, críticas, liberadas de la mirada del esposo o la potencial pareja, pero durante las conversaciones, al llegar a este punto, fueron donde se pudieron observar con mayor rasgos de conservadurismo y disonancia respecto al resto de sus ideologías sobre la mujer ~~–moderna”~~.

Las mujeres abogaron por las mismas mujeres, hablaban de situaciones injustas, inequitativas de acceso, de consumo, de atención en centros de salud, etc., durante el inicio de las entrevistas, argumentaban incluso la necesidad general de que la mujer tuviera más tiempo libre, espacios de recreación, de expresión, etc., sin embargo, un punto inconsistente en los discursos, donde ya no hablaron ni en plural ni como individuos, fue cuando se expresaron de sus relaciones de pareja, pues se mostraron dependientes no sólo del agrado, aceptación y fidelidad de los hombres, sino con una estructura incorporada en donde pareciera que en la edad adulta, todas las mujeres debieran estar casadas o emparejadas y poner esta práctica en particular relevancia sobre otras, pues ~~–el marido”~~ será el que las ~~–acompañará”~~ durante el resto de sus días.

Ante la probabilidad de perder una estructura tan importante de la vida adulta como el ~~–matrimonio”~~ o la ~~–familia”~~, es fácil observar cómo las prácticas asociadas a conservar dicha estructura, cobran mayor fuerza e importancia para ellas que cualquier otro concepto, como la salud, el trabajo, el descanso o el sentirse bien, especialmente conforme avanza la

edad de las entrevistadas. Los discursos más conservadores se encontraron en las tres mujeres mayores de 40 años en las entrevistas. Los momentos discursivos cuando hablaban de la salud y a pesar de que para algunas era lo ~~“~~“más, más importante” en la vida, parecen opacos y meramente informativos cuando se relativizan ante la energía con la que las mujeres hablan de sus experiencias con la pareja, según las observaciones de campo.

Los discursos sobre la familia ensalzaron las emociones a otro nivel durante las entrevistas, el volumen de voz se hizo más fuerte, en particular del esposo, se exalta el orgullo, el enojo, el temor, la alegría, la frustración de cuando regañan, cómo se preocupan por la educación de sus hijos, por la salud de los integrantes de la casa, prácticas, todas, interiorizadas de su consciente y ~~“~~“responsable” rol de madres y esposas. Así, Lorena y Gabriela compartieron algunas experiencias:

—Auna de las niñas, la he llevado con el médico y me dice que ahorita está en la adolescencia, que no le puede recetar nada, pero es cuestión de que se cuide, de que no suba más de peso porque ya ¡le he dicho tanto!, yo le puedo a dar a ella lo que es apto para ella, para que ella lleve una dieta balanceada pero yo a ella no la puedo controlar, aparte que tiene 15 años, come mucha chatarra en la calle, come muchas sabritas, mucho refresco gaseoso y se juntan pues, se alcahuetean, allí anda a escondidas juegue y juegue con el papá... a él también... ¡verás cómo le digo!... ” (Lorena)

—Él no es vegetariano, pero a pesar de que a él le cocino carne... y ya no nos peleamos por eso... yo le hago trampa, le horneo todo, no uso aceite para sus comidas y menos mantequillas o grasas saturadas...y luego, lo mando a todo lo que sea caminando por acá cerca...aunque se enoje, ¡me vale!... y ya si el fin de semana se quiere ir a tomar con sus amigos, está bien, pero primero lo primero...” (Gabriela).

En contraste con su percepción del ~~“~~“evolucionado Siglo XXI” gran parte de las prácticas que las mujeres realizan en relación a su ~~“~~“arreglo personal”, a pesar de justificarlas con el verse y sentirse bien con ellas mismas, se convierten en prácticas para el otro, dejan de tener un sentido individual o de equipo, para convertirse en evidencias de generosidad, de ~~“~~“entrega”, de dedicación hacia el esposo o compañero, aun cuando, de

acuerdo a los discursos, él no se los pida. El arreglo adquiere un sentido de agrado y aceptación de la mirada del varón, pero además de competencia entre las otras mujeres que pudieran ser también objeto de esa mirada. A diferencia de cuando hablan de las cosas por adquirir -como familia-, o del dinero para gastar -como individuos-, a la hora de hablar del “arreglo personal”, las mujeres son muy claras al dejar ver que el cuidado de la apariencia de su cuerpo tiene que ser diferente y mayor para un ambiente donde esté el marido o pareja presente. Especifican que en sus casas, como el ambiente relajado donde ellas descansan, pueden andar “desarregladas”, pero no siempre, ya que cuando el esposo esté presente durante el día o haya que salir a un evento juntos, el arreglo debe ser “profesional” -implica “ir a la estética”, “ponerse uñas”, “ponerse extensiones (de cabello)”, “retocarse (el tinte)” -. En el momento en el que entra el hombre en el escenario de su actuación social, la mujer capitaliza el “arreglo” de su persona, no para la familia como equipo o para ellas mismas, sino para el capital acumulado al servicio del varón. El cuerpo “arreglado” se convierte parte del patrimonio de él. Así, nuestras mujeres dan cuenta de lo importante que les representa esta “donación” a la pareja.

“Yo digo que te debes de arreglar más para tu pareja, mucho más, porque a final de cuentas él si te importa pues, él te importa más, es una de las personas más importantes en tu vida, los otros son nada más tus compañeros de trabajo, tu jefe, o lo que quieras, pero si vas a escogerlo a él, es como una referencia para él, ¿me entiendes?” (Lorena).

“Yo le digo...gasto mi tiempo en arreglarme para ti, en vestirme para ti, porque quiero que me veas bonita, no es tanto porque a él le importe mucho, o que le deba de dar mucha importancia a eso, no?, es como decirle todos los días, -mira, yo quiero que me veas bien, porque yo te quiero-, porque yo lo quiero... a mi gordo” (Gabriela)

Todas las entrevistadas -incluso las que no tienen pareja o hijos- tienen estereotipos rígidos acerca de cómo debe de ser una familia, cómo debe ser el comportamiento de la

mujer en relación a ~~su~~ hogar” y del comportamiento que se espera de la mujer para no ~~descuidar~~” al varón. Al respecto, Gabriela comparte su experiencia:

—La mayoría se tiran a la milonga...aunque yo también a veces me he sentido que por ratos caigo, pero no hay que dejarse, porque luego es muy difícil poder volver a estar como antes y, bueno... se casaron contigo por algo...” (Gabriela)

Así mismo, Lorena narra la experiencia de su hermana:

—Voy a poner el ejemplo de mi hermana, mi hermana, muy joven, se casó, es una persona de un metro sesenta y cinco y pesaba 60 kilos. Estaba muy bien en su peso, pensó que casarse lo era todo en su relación de pareja, ya no se arregla, no se pinta, esa persona de 60 kilos ahora pesa más de 100. Es más joven que yo, no se arregla, pero yo le digo -arréglate- y ella me dice -no, ya estoy muy gorda-, -no pero arréglate tonta!-, o sea, ahorita tiene depre, porque en la gordura entra en depresión, y la depresión entra en flojera...el círculo vicioso...como un círculo y a la hora de la hora te cae el veinte y ya es tarde, muchas veces, y eso tiende en veces a perder a las parejas...cuando ella es la que debería de tener el control de su casa...” (Lorena)

Los hijos y el esposo demandan dedicación, trabajo, horas de cuidado, sin embargo, aunque la maternidad suele ser vivenciada como ~~hermosa~~”, ~~de~~ mucho compromiso”, ~~con~~ muchas satisfacciones y... responsabilidades”, ~~con~~ dolor y con enormes alegrías”, pero en general ~~maravillosa~~”, ésta juega entonces un papel diferenciado en cuanto al arreglo o el cuidado que hacen de su cuerpo, convirtiéndose en prioridad la seducción, conquista o permanencia de la atracción en la pareja. Para ser madres no se arreglan, sin embargo, para ~~salir~~”, ~~hacer~~ el amor”, ~~ver~~ partidos, peleas, etc.” con la pareja, es imprescindible.

Esta exigencia no es recíproca ni equitativa, pues, por el contrario, la actitud relajada del varón, el ~~arreglarse~~” moderadamente, el que él no le deba dar ~~mucha~~ importancia” al vestuario, maquillaje, peinado y demás, forman parte del estereotipo masculino, del comportamiento esperado del esposo. Por ello es que también en los

discursos no aparece en algún momento la motivación de ellas hacia el varón para que adelgace –por razones estéticas-, aunque sí expresen y compartan ejemplos de cómo incentivan, tanto al esposo como a los hijos, a “cuidarse” por razones de salud.

La mujer tiene la responsabilidad entonces de la salud de los hijos y de la pareja, pero además lleva sobre sus hombros el deber de que éste “siga” interesado en ella –y no las abandone-. Pareciera que el principal fantasma o miedo sea que la mirada del varón se pose sobre otra mujer o bien, que “desaparezca” la imagen de la mujer en la memoria significativa del varón. Al respecto, Patricia comparte cómo desarrolla sus estrategias:

–Por eso yo le mando mensajitos en el celular durante el día. El no me los manda, porque le da flojera, pero me llama a cada rato si siente que me estoy tardando en algún mandado... pero está bien... me gusta...que todavía me cele...” (Patricia).

El tan famoso “sentirse bien consigo mismas” se relativiza entonces a sentirse bien con las personas y en las relaciones que para ellas son importantes, en tener la aprobación de sí mismas en el espejo acerca de lo que creen que el esposo merece ver o le va a parecer atractivo. Y en ese sentido, es necesario estar armadas, de la misma forma que en el trabajo, con una serie de habilidades para entrar en competencia con otras mujeres.

Aquellas otras mujeres que se atreven a vestirse exponiendo partes del cuerpo como las piernas o parte del busto, o bien, las que llegan a dejar traslucir la parte media del cuerpo en la vestimenta, suelen ser criticadas y valoradas de manera negativa, las entrevistadas participantes “no saben” si pueden parecerle atractivo a sus parejas o a los varones en general, pero sí saben que a ellas no esto no les gusta. En automático entran discursos de descalificación moral y una discriminación de clase hacia quien “se atreve” a hacerlo. Al hablar de mujeres que enseñan partes del cuerpo, asumen una actitud de asco,

desdén o desprecio, a través de expresiones como ~~“vulgares”~~, ~~“zorritas”~~, ~~“exhibicionistas”~~, ~~“oca”~~, etc. o bien, una actitud de comparación en donde las posturas corporales se irguen y se asume un diferenciado estatus moral y psicológico:

—Amí siempre me han dado lástima las mujeres exhibicionistas... la verdad... yo digo... pobres, luego ¿quién las toma en serio pues?...” (Esther)

—Para mí una mujer que se anda ofreciendo así a los hombres, que tiene que llamar la atención o andar pidiendo a gritos el ¡looked me!... es una mujer que necesita que la quieran, que se siente sola, que necesita apapachos o que requiere que alguien la abrace y le diga que en realidad vale, no?” (Perla).

Y por supuesto, la peor de las amenazas que pueda haber para alguien que estructura y organiza su vida adulta en función de la presencia de un esposo sería, que la mirada de él la abandonara, para luego ser abandonada la relación. Al respecto Lorena y Esther dan ejemplos:

—(El hombre) se deslumbra cuando ven a alguien conservada y dice —yo ya me enamoré de otra persona- y así entra otra mujer a la vida de ellos y por eso ahora hay muchas personas que se separaron, por lo mismo...” (Lorena)

—Hay muchos divorcios que se dieron por eso, porque la mujer se descuidó... y se confió...” (Esther)

Que la mujer ~~“fracase”~~ con su cuerpo y además en su relación de pareja, sería un escenario todavía peor con el que ya tienen que ~~“batallar”~~ diariamente, y en la pérdida de la estructura ~~“normal”~~ de su vida cotidiana, como familia, se encuentra la amenaza también, del capital acumulado por el que están consideradas como personas exitosas dentro de su estrato económico, de su desempeño laboral y de su condición de mujeres responsables.

VI INTEGRACIÓN DE RESULTADOS. EL CONSUMO PARA ADELGAZAR: DE LOS NUMEROS A LOS SIGNIFICADOS

A lo largo de éste capítulo, se pretende describir al menos a los principales actores y procesos sociales encontrados como partes de los mecanismos que detonan y frenan el consumo de productos para adelgazar en las mujeres adultas jóvenes en Hermosillo, Son. La discusión se dará a partir de 3 grandes ejes de análisis que a su vez se componen de varias categorías de las prácticas descritas por las mujeres, vinculados a la perspectiva teórica-metodológica e intentando ponerlos en relación para una mejor comprensión de la realidad aprehendida a partir de los discursos:

6.1 Consumo, salud y riesgo

El principal sentido otorgado por las mujeres a la práctica del consumo de productos es conseguir adelgazar, sin embargo, no en todos los casos se consigue dicho fin, ni mucho menos se consume de manera exclusiva por mujeres con sobrepeso, pues los productos son comprados también con la intención de “mantenerse” delgadas cuando esto ya ha sido alcanzado, o bien, ya han logrado establecer una mínima satisfacción corporal de acuerdo a sus “estándares” cognitivos para los cuales alcanzan a ver a sus propios cuerpos como saludables o estéticos. Pero la construcción de estas dos categorías evaluativas de su complexión corporal –saludable y estética- no puede hacerse sola, si no es a partir de la alteridad, de la mirada de otros y otras, que a su vez establecieron sus categorías de percepción con estructuras vigentes provenientes del campo biomédico, de los medios de comunicación, del desarrollo personal y de la mercadotecnia o publicidad asociada a la tecnología.

Definitivamente, el consumo de productos para adelgazar es alto y costoso entre el estrato medio de las mujeres de la ciudad y representa un costo poco visible, no solo para las mujeres consumidoras, sino para la población general, al tratarse de un problema emergente de salud pública en el que aún se desconocen las estimaciones del alcance, costes y riesgos, por lo que conviene continuar la investigación del tema a partir de la *perspectiva farmacoeconómica*. A nivel individual el gasto implicado por consumir productos “adelgazantes” representa también una pérdida significativa pues lo consume la mayoría de las mujeres (52%), a pesar de que consideran la efectividad como “regular”, de modo que, comparando el costo sobre el beneficio, no se pueden garantizar situaciones de efectividad sobre la complejión corporal en la mujer y en cambio se saben a ciencia cierta de diversas reacciones adversas generadas por los productos, para los cuales se posee escasa información.

Si hacemos caso de las estadísticas del último Censo de Población y Vivienda 2010, (INEGI, 2012), con los datos de la encuesta sabemos ahora que, se gastaron en la ciudad tan solo por parte de las mujeres y solo de las de estrato medio entre 30 y 45 años, más de 18 millones de pesos en productos para adelgazar tan solo en el último mes en la ciudad. Eso sin contar lo invertido en servicios médicos, nutricionales, deportivos o los asociados a la estética y la relajación como el yoga, masajes, spa, etc., como sucede en el 78 % de los casos de las consumidoras y que, de acuerdo a la experiencia narrada en las entrevistas, ésta “inversión”, puede llegar a cuadruplicarse por persona, en relación al gasto por producto.

La población de mujeres que reconoce haber “experimentado” con al menos uno de estos productos es alta, representa a 6 de cada 10 mujeres adultas jóvenes, de las cuales, la mayoría (2/3 partes) trabajan de forma asalariada fuera del hogar. De las mujeres que

usaron productos y hoy ya no lo hacen, el 4% dejó de usarlos porque no le funcionaron o le generaron una Reacción Adversa a los Medicamentos (RAM), en contraste con el 1% que dejó de usarlo porque el producto ya le había hecho el efecto deseado.

El consumo de productos para adelgazar encontrado en la población de estudio, tiene la característica de ser, además de elevado, diverso. La práctica de consumir productos adelgazantes se encuentra de manera constante entre las mujeres, como un hábitus corporal que se relaciona con valores morales como la “perseverancia” y la “disciplina” a la hora de “cuidarse”. Los objetos de consumo se alternan o sustituyen constantemente tras el hallazgo de nuevos productos sugeridos a partir de su efectividad en otras mujeres, o bien, son combinados o intercambiados por servicios asociados a la estética o al entrenamiento deportivo.

No existe, de acuerdo a los datos estadísticos encontrados, una correlación positiva entre el uso de un tipo de producto y la reducción de kilogramos en las mujeres, de acuerdo a los datos proporcionados por auto reporte. Pero contrario a los hallazgos de Evgeny (2008; 75) en donde no existe diferencia significativa entre el uso de monoterapia y las terapias combinadas para intentar adelgazar, las mujeres entrevistadas aseguran que las terapias combinadas son las que les resulta más eficaces para adelgazar, aunque exista disonancia y ello no necesariamente se traduzca en este tipo de consumo de productos y servicios.

Existe un estereotipo acerca del cuidado de la salud en donde la persona, debe cuidar la dieta, evitar adicciones, hacer ejercicio y mantenerse delgado, como parte de una fórmula, ya probada, de rendimiento y prevención de enfermedades, tanto físicas, como

mentales". El no poder llevar a cabo estas prácticas les genera culpa, angustia o vergüenza, pues desde su perspectiva, ellas requieren consumir más productos o servicios para poder alcanzar éste estereotipo en el cuidado de la salud, pero no lo hacen. Y los factores reconocibles por los que no lo hacen se tratan de limitaciones económicas, falta de tiempo libre, falta de apoyo social –en el menor de los casos- o bien, una serie de atribuciones personales que van desde el –ser irresponsables" o –desidiosas" hasta ser –ochinas" o –eerdas".

Los resultados obtenidos indican que la mayoría de las mujeres consumen los productos a partir de la recomendación -o confesión de uso- de otras mujeres y en la minoría de los casos, tienden a investigar o verificar antes de la compra algunos aspectos del producto con personal profesional de salud, no necesariamente en un consultorio médico, sino a través de vías informales como el internet o el teléfono. En la inmensa mayoría (98%) se desconoce las contraindicaciones o advertencias del producto y con éste desconocimiento se consume. Mientras que en las 3 cuartas partes de las que consumen, incluyendo las que sí acostumbran leer el envase o envoltura, se desconocen las RAM's de los medicamentos, pero también las de los productos cosméticos, suplementos alimenticios y prendas de vestir y calzar. Estos últimos aprovechan un dispositivo social importante que consiste en la representación cognitiva de las mujeres de lo inofensivo del producto. Las mujeres perciben como benéficos para la salud a las prendas de vestir y calzar, pues contribuyen a mejorar la postura o el rendimiento físico, a pesar de que, por otra parte, reconozcan que les generan algunos malestares o lesiones corporales que no los perciben como RAM, sino como solo –molestias", las cuales justifican a partir del supuesto de que –todo cuesta".

La naturalización de lo que se ingiere o se usa, es entonces uno de los mecanismos más predisponentes en la maquinaria de consumo, que se alimenta de la ilusión de que el estado o las instituciones de salud no permitirían que algo mortal se publicitara y se comercializara de una forma tan accesible. El consumo también descansa en cuanto en la naturalidad, en la prevalencia con la que ocurre entre las mujeres, bajo el supuesto de que, si los productos fueran nocivos, no serían utilizados con tanta frecuencia y no mostrarían eventualmente resultados en algunas de las mujeres —“nocidas”.

Hay una desinformación no fortuita al respecto, ya que como se ha visto en las entrevistas, las mujeres modulan la información que reciben al respecto, a fin de no generarse tensiones por disonancia en su consumo. Por ello, las reacciones adversas a los medicamentos suelen verse como parte de los efectos —“naturales” en el organismo y suelen incorporarlos de forma cotidiana a la serie de sensaciones fisiológicas que experimentan a lo largo del día. Hay un supuesto de que todo cuesta, el producto entonces tiene un costo económico y un costo fisiológico incluso esperado. Para ellas el dolor no representa un problema, lo representaría en cambio, si algo —“grave” les pasara y algo grave significa para ellas un evento incapacitante para sus labores o algo que genere un daño irreversible, solamente asociado a un ingreso o internamiento hospitalario, o bien, a un procedimiento quirúrgico, como se encontró en la encuesta. El resto de las RAM's, mientras puedan manejarse dentro de un umbral controlable de dolor y malestar, son aceptadas como parte del costo del tratamiento. El 100% de las mujeres jamás ha generado un reporte de RAM, ni saben si en alguna ocasión el personal de salud o el personal que las —“asesora” en su imagen lo ha hecho, tampoco saben que en la misma internet, de la cual se jactan de obtener

grandes beneficios y volúmenes de información –y que tanto ~~aman~~”- es donde pueden hacer los reportes correspondientes ellas mismas.

Las entrevistas se hicieron a la población de mujeres que no tuviera diagnosticado un trastorno psiquiátrico-de cualquier tipo-y fueron seleccionadas bajo la técnica de bola de nieve, no se tenía información previa acerca de sus historiales clínicos, así que los rasgos de personalidad y registros fisiológicos resultaron diversos, tal como se esperaba. Sin embargo, aunque ninguna de las entrevistadas ha tenido alguna vez algún diagnóstico de patología psiquiátrica, la mayoría de las mujeres se encontraron en un estado *fronterizo* de salud, de acuerdo a sus discursos, por lo que es importante que en investigaciones posteriores se revise el estado pre-patológico en el que se encuentran la mayoría de ellas según la descripción actual de la American Psychiatric Association (APA).

Las descripciones del miedo a ~~engordar~~” se asemejan a las descripciones de síntomas que se presentan en los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), encontrando que, por lo regular, 3 de los 4 indicadores establecidos por la APA para diagnosticar a una persona con un Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA) se encontraron en los discursos de las consumidoras. Los *síntomas* frecuentemente observados fueron los asociados a cuadros anoréxicos, bulímicos y atracones por ansiedad. Determinar los grados de asociación entre el consumo de los productos y los TCA en investigaciones posteriores podría ayudar no sólo a determinar grados de riesgo y causalidad, sino también, a la implementación de programas de detección y atención primaria gracias a la *pesquisa* relativamente sencilla que se puede hacer con mujeres que practiquen la compra de producto(s) adelgazantes.

Pese a sus actividades diarias para “combatir” o “batallar” contra la obesidad o el sobrepeso, poco más de la mitad de las mujeres demostró no sentirse satisfecha ni con su complexión corporal ni con el peso o talla de ropa. Esto coincide con las aportaciones de Schütz *Et al* (2010) y cuestiona, no sólo las complejas nociones, ideologías y prácticas que hay que deconstruir en la investigación social y biomédica acerca de la satisfacción corporal de la mujer, pues al ser tan recurrente la insatisfacción o inconformidad corporal global entre mujeres con distintas condiciones socioeconómicas y culturas, se habría que reconsiderar el concepto de normalidad en la evaluación clínica.

La mayoría o mediana estadística fue la talla 11 en el sistema de medición inglés, que equivale a una talla 34-36 mexicana, lo cual indica que la mayoría de las mediciones en cintura oscilan entre los 76 y los 78 centímetros. Esto contrasta con los hallazgos de la ENSANUT en el 2006, en donde 9 de cada 10 mujeres en el área urbana fue presentada con obesidad abdominal.

Por encontrarse en un período etario apenas en transición a la adultez intermedia, solo el 11% de las mujeres posee actualmente un diagnóstico de enfermedad crónica degenerativa, pero la mayoría posee antecedentes clínicos familiares de dichas enfermedades, como diabetes, hipertensión e hipotiroidismo. 35% de las mujeres presentaron historial familiar de diabetes, y 31% antecedentes de problemas coronarios e hipertensivos. Como advierte la literatura, para todos los casos con historial clínico de padecimientos crónicos degenerativos, la recomendación médica es la disminución de peso o mantenimiento dentro del *rango normal* del Índice de Masa Corporal (IMC), lo cual es sabido por las mujeres. Esto constituye la respuesta número uno en sus explicaciones al describir los motivos por los que consumen los productos.

Estar delgadas y prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas es lo que le lógica a las prácticas de consumo de los productos, que las mujeres viven como una ~~batalla~~” en su búsqueda por mantenerse delgadas. Sin embargo, a la hora de elegir el producto o de combinarlos entre sí -o tomarlos de manera alterna o rotatoria- las consumidoras no están tomando en consideración las contraindicaciones de los medicamentos –especialmente en los casos de obesidad- y en cambio realizan la mayoría de las veces el consumo de los productos sin recomendación ni supervisión médica. La estrategia entonces de prevenir enfermedades es disonante respecto a la estimación del riesgo de lo que consumen, desaprovechando con ello la posibilidad de aumentar su capital en el campo de la salud.

Respecto al consumo de fármacos ~~retirados del mercado~~” por las autoridades sanitarias y el consumo de sustancias ilegales, aunque no era objeto de estudio, se encontraron en la recolección de datos que al menos una de cada 4 mujeres consumidoras de productos con la intención de adelgazar, lo hicieron a partir de productos enlistados por la COFEPRIS como retirados a partir del año 2010 (COFEPRIS, 2012). Estos productos los compraron ellas u otras mujeres de manera ~~legal~~” en comercios establecidos –en supermercados de mayoreo con productos importados y tiendas de importación-, pero también se los ofrecieron en su lugar de trabajo o gimnasio de manera abierta y una minoría a través del teléfono o internet. Esto conduce a la sospecha de que la compra de productos prohibidos por las políticas públicas de regulación sanitaria en el país, puede ser una práctica más común de lo encontrada, dada la frecuencia con la que las mujeres advierten que hacen compras de productos importados, ventas de productos ~~de belleza~~”, intercambios de productos con otras mujeres, compras por internet o viajes ~~al otro lado~~” (Estados Unidos).

Pero los fármacos no son los únicos productos de los que se puede esperar una reacción adversa, ya que en 2 de 3 usuarias de tenis durante las entrevistas, se reportaron lesiones musculares y en vértebras lumbares diagnosticadas por médicos generales a partir del uso de ellos, sin que esto hubiera sido reportado como RAM. Algo parecido ocurre también con el uso de los suplementos alimenticios, con los que algunas mujeres experimentaron malestares para los cuales incluso tuvieron que medicarse, o bien, molestias que les impidieron hacer sus actividades cotidianas, pero la única práctica realizada como estrategia fue ~~dejar~~ "dejar de usarlos". En el 100% de los casos de sospecha de RAM, no se generó un informe a autoridades del sistema de salud y menos el levantamiento electrónico de un reporte. Este hecho revela una subordinación de la agencia hacia el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades, pero también, el desconocimiento de la Norma NOM -220-SSA1-2002 por parte del personal de salud. La Farmacovigilancia resulta entonces imperceptible en el nivel de lo cotidiano, lo que hace ver la necesidad urgente de implementación de políticas públicas y presupuestos que la favorezcan.

El médico, no aparece como el principal experto en materia del adelgazamiento, y en cambio, se ve sustituido por la figura del nutriólogo y del entrenador deportivo, incluso si éste no necesariamente tiene un grado académico o profesional, siempre que posea experiencia en el uso profesional del cuerpo y ello se refleje en su propia complexión o rendimiento corporal. Al médico, tras la pérdida de posicionamiento social por atribuciones personales como ser "entavero", o buscar constantemente ganar más dinero a través de las cirugías, se le exige en cambio, una serie de atributos académicos, rasgos *distintivos* en el sentido bourdiano, como poseer una o varias especialidades y ser un profesionista

reconocido en la comunidad-a través de su presencia en medios de comunicación-, o bien, saber que goza del aval de su gremio.

Hay una atención a la salud con una secuencia inversa en las prácticas recomendadas en la atención fármaco-terapéutica: En vez de que la revisión de la paciente se realice por un experto en salud y éste, en consideración de su historial clínico y su sintomatología actual, busque el fármaco adecuado considerando además sus contraindicaciones y efectos deseados -y luego se de el consumo y su monitoreo-, por el contrario, hay, entre las mujeres, una compra y distribución masiva de fármacos y productos, en donde el consumo se da en primer lugar por la consumidora que funge como experta parcial -pues desconoce contraindicaciones y riesgos- y cuando los síntomas se tornan graves para sí misma deja de consumir ese producto para luego recurrir al experto clínico que le ayudará a reducir solamente los malestares generados por el producto, sin el acompañamiento de lo que ocurre después. Sobra decirlo, si el farmaceuta o médico que la atendió no le pregunta qué consumió, ella no lo expresa, y la molestia, por cierto, se le resuelve en la mayoría de las veces con el suministro de otro fármaco.

La naturalidad percibida en los productos sirve como facilitador para que las mujeres accedan al consumo y éste se posicione simbólicamente entre las prácticas cotidianas. Las prendas de vestir y calzar suelen verse, por ejemplo, como naturales porque forman parte del vestuario diario y ~~todos~~ tenemos que vestirnos con ~~algo~~”, pero además, dichos productos pueden subir su posicionamiento frente a las mujeres si las asocian con productos ~~tecnológicos~~” o ~~inteligentes~~”.

La atención a la salud en el subsistema de salud privado es altamente valorado y visto como la atención médica más eficiente. Para ellas, el ideal sería ser atendidas en un consultorio particular, donde la atención fuera individual, rápida, *integral* y con servicios de chequeo a través de pruebas en aparatos y laboratorios de manera constante y multi especializada. En cambio, al servicio médico al cual se encuentran afiliadas, en el 4% de los casos por doble afiliación institucional, lo perciben como útil para enfermedades crónicas graves, restringido en el tipo de atención que pueden darles –recordando que gran parte del problema de obesidad o sobrepeso lo conciben como un problema de consumo y de salud mental y emocional-, y para la mayoría de los casos, tardado, burocrático o lento. El 100% de las mujeres entrevistadas, mencionó que no acostumbraba a consultar en su lugar de afiliación y que incluso lo evitaban porque ello les representaba una pérdida de tiempo durante el día.

Esta idealización del servicio de consulta particular, va de la mano con que tengan una percepción positiva acerca de las cirugías. Las mujeres asumen que las mujeres de estratos económicos superiores son atendidas en su salud de mejor manera, hay una *illusio* de que las mujeres “ricas” son las que mejor se alimentan, reciben atención especializada completa, que hay quien monitoree su salud mental de manera constante, tienen asesores de imagen, asistentes para realizar sus tareas constantemente, tiempo libre, satisfacción con su imagen y complexión corporal, etc. Pero por otro lado, la mayoría de las mujeres conocidas por ellas –personalmente o en los medios de comunicación- que encarnan sus estereotipos de belleza y salud, lo hacen porque, o han sido seres privilegiados históricamente por la naturaleza, o han sido sometidas a cirugía. Esto fue declarado en el 76% de los casos de la encuesta y la totalidad de las mujeres en entrevista.

Al haber en la ciudad una tendencia a consumir lo mismo que las mujeres delgadas cercanas a ellas y tras el aumento de cirugías plásticas en la población, para la mayoría de ellas, la cirugía se convierte en un anhelo, una *fantasía lúdica* en la que acceder a ella las convertirá en mujeres “ricas” y poderosas. Este mismo halo de privilegio económico y transformación extraordinaria de la persona, es lo que refuerza la fantasía y, para algunas de ellas, sobre todo para las que padecen obesidad, se habrá de constituir como un nuevo reto o logro a alcanzar económicamente.

De forma semejante a lo que ocurre con las RAM's, las mujeres conocen costos económicos de las cirugías, los lugares donde se practican, planes de pago, etc., pero desconocen los riesgos fisiológicos y los índices de mortandad en ellas, así como testimoniales de personas que hayan sido sometidas a ellas, que no sean promovidos por los mismos hospitales o médicos cirujanos. Hay una desinformación reiterada, donde el mecanismo constante es no ver lo que no se desea, porque no quieren ser desilusionadas, porque es importante mantener la “esperanza” de que un día estarán “en forma” y porque accederlo a través de algo costoso significará además que han ascendido en su posición social a través de su capacidad de adquisición. Saben, por otro lado, que los medios de comunicación hacen su labor de utilizar esas emociones en ellas para venderles, pero asumen que los beneficios pueden “valer la pena”, si existe realmente la probabilidad de que el producto pueda llegar a tener efectividad, pues al adelgazar, tendrían como consecuencia un nuevo producto, con un valor mayor y privilegiado, usado de forma aún más constante: sus propios cuerpos.

El abuso de los productos (en 22.4% las mujeres consumen más de 2 productos al mismo tiempo), así como la idealización de las cirugías, el escaso acercamiento formal para

atender su salud y la búsqueda de mecanismos efectivos para adelgazar sin importar el costo material, colocan a la persona en una condición notoriamente de vulnerabilidad. Dan cuenta del proceso de medicalización a la que han sido sometidas históricamente, de la misma forma que lo afirman los autores que critican la medicalización.

Si en efecto adelgazar ayuda a reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas, en la mayoría de ellas no existe el conocimiento de que, aun manteniéndose delgadas, poseen un riesgo inherente de acuerdo a sus antecedentes e historial clínico y los otros productos consumidos en la vida cotidiana y cuyo riesgo también pasa desapercibido. Es importante resaltar aquí la necesidad de investigaciones posteriores al respecto, pues aunque no fue objetivo de la investigación, se encontró a partir de la encuesta un elevado porcentaje de mujeres que consumen anticonceptivos orales, además de las que han tenido cirugías previas (50%), entre otras prácticas cotidianas y constante en las mujeres que aumenta hipotéticamente el riesgo de lo consumible.

Una estrategia encontrada en las mujeres para prevenir el desarrollo de alguna enfermedad o patología a partir del consumo del producto para adelgazar, es el monitoreo periódico de sus funciones fisiológicas, a través del uso de laboratorios y aparatos diagnósticos, que en cierta forma, han desplazado la consulta médica. El “chequeo” de sus rangos suelen hacerlo ellas mismas y solo cuando alguno de ellos resulta fuera de los límites “normales” gestionan la visita al médico. La incorporación de la tecnología en sus vidas, juega un papel importante que se relaciona también con el estrato socioeconómico, el género y las expectativas de sus roles en éste “Siglo XXI”, como habrá de describirse después.

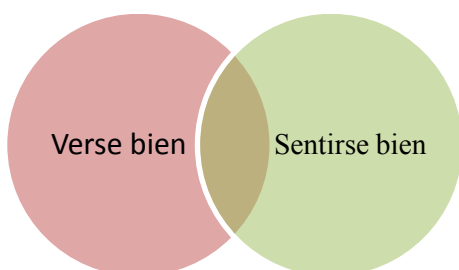
“La modernidad”, como equivalente del tiempo presente, globalizado y tecnológico, es una representación que también facilita el acceso hacia la experimentación individual del

cuerpo, bajo una serie de supuestos que tienen que ver con redes de confianza hacia las instituciones y hacia las otras mujeres, de las cuales obtienen información clave.

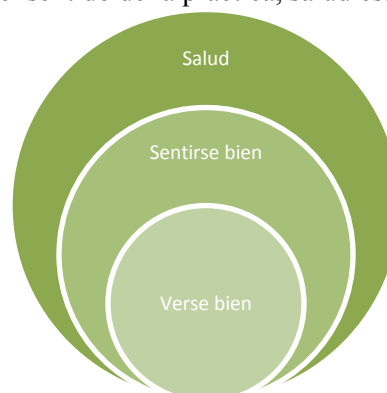
En términos gráficos, la diferencia entre el discurso de la práctica de consumo asociada a la salud y el sentido de las prácticas encontrado en la totalidad de los datos se expresa de la siguiente forma:

Gráfica 24
El sentido del consumo del producto asociado a la salud

En la inmediatez del discurso, salud es:



En el sentido de la práctica, salud es:



Que verse bien sea un requisito para sentirse bien, constituye todo un reto en materia de salud pública para el que, tanto en la investigación, como en la intervención, se habrá de atender de manera inter y transdisciplinaria.

6.2 Estrato socioeconómico, familia y trabajo.

Sobre las aportaciones de Lang y Rayner (2005), los datos encontrados revelan que todavía prevalece un antiguo régimen de políticas públicas, en donde las mujeres esperan que el estado sea quienes las proteja de riesgos sanitarios y les facilite el acceso a mejores condiciones materiales de vida, pero poseen un margen mínimo de participación ante las instituciones. Más desalentador aún para promover un cambio estructural, resulta que las mujeres no esperen nada acerca de sus instituciones de atención a la salud a la cual se

encuentran afiliadas y que ello derive en una escasa participación y exigencia, que refuerza el gasto proveniente de las familias para su atención para la salud y restringen la ampliación de la cobertura de los servicios a sólo los servicios tradicionalmente rehabilitatorios y de emergencias.

Contrario a las recomendaciones que los autores hacen acerca de cómo crear modelos exitosos actuales en políticas públicas para el combate a la obesidad, las mujeres se encuentran en un estado de mínima participación con el sistema de salud. El sistema de salud mexicano, vista desde las entrevistas, aparece más bien, como un modelo tradicional de abasto de servicios médicos que nada tiene que ver con el proceso de mantenerse delgadas, pues ésta práctica se supedita a una responsabilidad personal y la adquisición de estrategias de desarrollo personal como ~~“la~~ voluntad”.

No hay intercambios con el personal de salud acerca de los medios que ellas consideran eficaces para mantenerse saludables, no participan de la generación de políticas públicas, no ejercen sus derechos a ser protegidas respecto al riesgo sanitario de los productos, no gestionan los productos que reportan como eficaces en sus centros de atención, ni demandan servicios suficientes para nutrirse, ejercitarse y medicarse eficientemente. Igual de grave que no poseer el tiempo ~~“libre”~~ para hacerlo, resulta no visualizarlo como posibilidad de práctica social.

En contraste, al interior de su ~~“hogar”~~, las mujeres se posicionan como las más participativas en cuanto a lo que sus hijos y pareja necesitan; ellas son las responsables de preparar los alimentos y cuidar las porciones para los miembros de la familia, dan la motivación y el traslado para hacer ejercicio, restringen el consumo de productos nocivos y

–comida chatarra”, además de brindar la asistencia inicial en el desarrollo de enfermedades y luego la persuasión para la revisión clínica profesional y especializada cuando lo creen necesario –en el resto de los miembros de la familia-.

En este sentido, las mujeres son las cuidadoras de la salud y de la imagen del *hogar*, sin embargo, ésta función no es vista como trabajo, mucho menos como trabajo digno de salario, pues se asume con “naturalidad” como parte de sus roles de género y se obvia, tanto la remuneración como el tiempo de ocupación. Ello coincide con las investigaciones hechas con perspectiva de género acerca de la carga global de trabajo y la falta de tiempo libre (Mendel *Et al*, 2006; Bejarano, 2012; Enríquez, 2010; Gamboa, 2007). La falta de tiempo libre es justo la principal respuesta otorgada también para justificarse a sí mismas cuando ellas no realizan ninguna práctica adicional de ejercicio o deporte.

Mientras que en la ENSANUT se encontró que, en el 2005, una de cada dos mujeres no realizaba ejercicios, en ésta investigación se encontró que 2 de cada 3 mujeres sí lo practica. Hay una práctica frecuente y diversificada entre las que sí realizan ejercicios, siempre con el supuesto de que hacerlo implica el consumo de algún servicio fuera de casa y en las más infrecuentes ocasiones a partir de aparatos mecánicos para ejercitarse. El ejercicio se vuelve entonces una práctica necesaria fuera del hogar, que implica tecnología “inteligente” o “exacta” y que puede tener el *plus* de ser compartida también con otras mujeres, quienes tienen un papel preponderante en el mecanismo psicosocial del establecimiento de la identidad y de la perpetuación de roles y estereotipos femeninos. La tendencia al pago por servicios para el adelgazamiento también se explica bajo una lógica de posicionamiento o estatus, pues al tratarse de una práctica cada vez más frecuente, se

normatiza como parte de los servicios en los que hay que invertir a fin de no quedarse fuera de lo representativo de su estrato socioeconómico.

Respecto al gasto por producto, se encontró que en promedio destinan \$491 pesos por producto, con un gasto mínimo registrado de \$30 pesos y máximo de \$1, 800 por cada producto. Existe una correlación significativa entre el precio y la percepción de él en función del número de productos utilizados, ya que cuando la mujer consume un producto exclusivamente, la percepción tiende a ser que lo que consume es “caro”, mientras que cuando consume más de un producto, la correlación se invierte, llevándola a percibir que compra productos baratos.

En cuanto al gasto por persona, la mayoría de las mujeres (77.6%) realizó por un producto durante el mes un gasto menor a \$500 pesos, mientras que en el 22.4% restante el gasto neto destinado solamente a productos fue de \$982 a \$1,964 pesos en el 22% de los casos. Las mujeres no incurren en una *catástrofe económica por salud*, al consumir sus productos por tratarse de un estrato socioeconómico medio en donde tienen relativa solvencia en sus gastos, pero sí erogan una proporción significativa de su salario al intentar estimar la combinación que hacen de éstos productos con servicios deportivos o estéticos (entre la cuarta y tercera parte del salario), encontrando casos como el de una de las entrevistadas que “invierte” hasta el 50% de su salario mensual, al comprar productos estéticos considerados por ella “de alta tecnología”. Esta porción del gasto es posible solo en los casos donde la mujer reside con otras personas adultas que aportan también ingresos al *hogar*. Las estimaciones económicas que ellas mismas hacen de lo que necesitarían gastar para tener todos los productos y servicios deseados para “equiparse”, oscila entre los 4 y los 7 mil pesos mensuales.

La erogación del gasto no se correlaciona con la percepción de la eficacia del producto, por lo que queda claro que cuando las mujeres lo compran, en realidad saben que están comprando algo incierto, donde la probabilidad de que funcione es mínima, pero ello les representa la práctica de ~~hacer~~ "hacer algo" por cambiar o mejorar sus condiciones de vida. El monto del gasto no representa tampoco ningún factor que contribuya a generar estrategias o bien, a disminuir el proceso de compra, pues aunque un producto se perciba como costoso, no es impedimento para que ellas dejen de consumirlo o irlo a comprar.

Respecto a la postura bourdiana, la investigación confirma que existen una gran cantidad de supuestos que subyacen a los argumentos otorgados a las mujeres que son irreflexivos, no existe necesariamente razonamiento acerca de la conveniencia de lo que se consume. La compra calculada en cuanto a la posibilidad del pago, pero en su lógica, en el sentido social, es altamente irreflexiva (~~nunca~~ "nunca había pensado en eso") o se da a partir de un doble vínculo (~~Nada~~ "Nada mágico va a hacer que adelgaces... pero y si sí?...estaría padre"). Las mujeres desean tener salud y son guardianes de la salud en sus ~~hogares~~ "hogares", estando dispuestas a asumir riesgos en el intento de conseguirla, siempre que no sea visibilizado el daño, por lo cual conviene que sea hasta cierto punto inconsciente.

En todos los discursos aparece una culpabilización de la agencia, cuando ésta no cumple con la norma de poseer un cuerpo en los estándares deseados de peso y talla de ropa, responsabilizándola de la incapacidad para ~~moderarse~~ "moderarse", ~~controlarse~~ "controlarse" o ~~disciplinarse~~ "disciplinarse" a los ideales corporales establecidos, tanto por el Estado como por las recomendaciones médicas, los medios de comunicación o las otras mujeres. Cuando se percibe una pérdida de control sobre el peso y talla de ropa en el cuerpo, surgen acusaciones fáciles de ~~irresponsabilidad~~ "irresponsabilidad", ~~dejadez~~ "dejadez" o ~~podonguez~~ "podonguez". El descuido y la

fodonguez tienen un vínculo especial con su percepción de pobreza: una mujer pobre se ve descuidada y fodonga, en cambio, una mujer pobre ~~ar~~reglada” aunque siga siendo pobre, no se ve como tal. De esta manera, existe la representación de que la imagen que se proyecta en el ambiente laboral, se incorpora como parte del capital social aportado.

Adelgazar, junto al arreglo personal, se incorporan como parte del capital personal invertido en el trabajo, sobre todo si se trata de uno profesional o asociado a los negocios o ~~la~~ belleza” (~~la~~ imagen vende”). El ~~ar~~reglo personal” bien puede constituir una estrategia en las mujeres para frenar relativamente el consumo de productos, sobre todo para las mujeres que se encuentran en estado de obesidad moderada o severa, ya que destinan también gran parte de su tiempo al arreglo de otras partes ~~m~~ás presentables” del cuerpo. A través del consumo de accesorios, cosméticos y diversos productos, las mujeres que padecen obesidad, se concentran en proyectar un rostro o una apariencia ~~b~~ella” que no necesariamente tenga que ver con la silueta. Los discursos en los que más expresiones de precios, marcas, lugares ~~de~~ prestigio”, franquicias y ~~g~~lamour”, se encontraron justo en las narraciones de mujeres con sobrepeso, como una marcada insistencia en mostrar su valía como personas, desplazada hacia los objetos de consumo. El cuerpo forma parte del capital de las mujeres que se suma en este caso al capital económico y la capacidad de adquisición para aumentar su valencia a la hora de desempeñarse en diferentes campos.

Encontrarse en una época en donde la mujer no puede descuidar ni un momento su imagen porque forma parte del catálogo laboral y de pareja a ofrecer, es parte, finalmente, de una illusio mayor de ~~p~~rogreso”, de avance científico, de evolución pos moderna en donde la mujer debe permanecer actualizada acerca de las tendencias de moda, estar informada oportunamente de sucesos globales a través de los medios de comunicación, de

ser una persona competente y preferentemente profesional en lo que hace, incluso si su labor es ser ama de casa.

Finalmente, recordando que los cuerpos de las otras mujeres se pueden ver *–mejor*” en función del estrato económico al que pertenezcan, la competencia dentro de los campos, con otras mujeres, se vuelve interminable y demandan la incorporación de todos sus conocimientos y habilidades a fin de ganar estatus y distinción. El cuerpo femenino se torna estereotipado por el género, pero también por el estrato y finalmente por la ocupación que habrá de hacer la mujer de sí misma, encontrando una fuerte presión social en la mujer trabajadora formal y asalariada hacia la conservación de cierta complexión y condiciones *–estéticas*” para poder ser percibida con *–seriedad*” en sus prácticas laborales. Este acercamiento al estereotipo de la mujer responsable está asociado a lo que desde el siglo pasado Bourdieu (1999) encontrara respecto a la *–subcultura de la excelencia*”.

6.3 Género, desarrollo personal y habitus corporales.

En contraste con su *–evolucionado*” *–Siglo XXI*”, existe evidencia de que las mujeres destinan un porcentaje alto de tiempo y recursos económicos en prácticas con la finalidad de agradar al género *–opuesto*” y competir en la dinámica social contra la imagen corporal de otras mujeres. Aunque en apariencia el esposo no lo exija, las mujeres se preocupan por *–euidarse*” bajo el sentido orientativo de que ésta acción es una *–donación*” personal, una entrega *–generosa*” hacia los *–suyos*”, de la misma forma que hicieran las mujeres en el siglo XIX de acuerdo a la descripción de Simon de Beauvoir. Para ellas es motivo de orgullo que sus hijos las vean delgadas, es significativo que sus *–allegados*” les reconozcan

su voluntad, su activación física, su capacidad de control, su conquista sobre sí misma y que, ellos y las personas alrededor, puedan darse cuenta y descubrir lo mucho que hacen por el cuidado de su familia e hijos.

El género, constituye la estructura de mayor dominación simbólica en las mujeres pasada desapercibida y en función de ésta naturalidad con la que advierten sus procesos de ~~arreglo~~ "arreglo personal" es que puede observarse y explicarse también la fuerza del mecanismo hacia el consumo. Las mujeres se ~~arreglan~~ "arreglan" para agradar, para complacer y para pertenecer a su género, pero también para seducir, retener y ser generosas ante la mirada del varón.

Es muy frecuente observar que en sus discursos hablen rápido y fluido acerca de lo que la mujer puede hacerse en el rostro, abdomen, piernas, cabello, etc., al levantarse, en la noche, después de bañarse, antes del desayuno, después de comer, a la hora de ~~tener~~ "tener relaciones (sexuales)".... Existiendo toda una serie de rituales que son tan subjetivos como cada mujer misma, para dominar la forma, tamaño, complexión y silueta de su propio cuerpo -para hacerse de armas en sus batallas contra la ~~gordura~~ "gordura" y contra los otros cuerpos delgados observables para su pareja- pero que finalmente coinciden en la generación de un estereotipo acerca de cómo debe ser la mujer.

Hay una ilusión de que aquellas mujeres que se ~~descuidan~~ "descuidan" corporalmente, en realidad están dando indicadores de ~~descuido~~ "descuido" no sólo en su imagen personal sino también en la relación de pareja y ello es una de las causas que, desde su punto de vista puede llegar a generar una separación o divorcio. Hay un temor, en las solteras, de no llegar a tener pareja, y en las casadas o emparejadas, de no perderla, donde el cuerpo juega un papel preponderante para seducir y retener la mirada del varón. La mayor valía entonces sobre la

mercancía social llamada cuerpo femenino la aporta en realidad la mirada del varón, por lo que la mujer deberá de tener la responsabilidad de generar nuevas y mayores prácticas para ~~“tenerlo contento”~~.

Hay una tendencia a conservar la estructura tradicional familiar y una lucha – encabezada por ellas- para la preservación de la familia y la competencia por alcanzar ~~“lo mejor”~~, que finalmente, se reduce a la mejor imagen frente a los demás. En este sentido juega un papel muy importante la interacción social con otras mujeres y el tipo de trabajo asalariado que las expone o no a la interacción diaria con otras mujeres, de donde obtienen información de qué es lo que les conviene ahora consumir, disimular o evidenciar.

Las relaciones sociales son muy importantes, no solo porque refuerzan los aspectos identitarios ya incorporados respecto a su cuerpo, sino también porque constituyen la oportunidad de establecer patrones de comparación con otros cuerpos y recibir la premiación por sus logros en las conquistas consumadas, frutos del cumplimiento de su deber. Si para Bourdieu el acto de consumir productos en calidad de *prácticas* es el resultado de un proceso socio histórico concreto, queda muy claro en la investigación cómo éstos productos en calidad de usados de manera compartida, les ha establecido la agenda diaria y se han filtrado en sus prácticas, como parte de lo cotidiano. La constancia en el uso de ellos es lo que refuerza la inocuidad del producto, demuestre o no efectividad, al mismo tiempo que constituye la oportunidad perfecta para justificar frente a otras mujeres que ellas ~~“se cuidan”~~ y se ~~“quieren”~~.

Aconsejar, discutir, compartir información acerca de un producto entre pares se consolidará como oportunidad de información estratégica para ellas, pero también como un

escenario propicio para la identificación y el intercambio de experiencias, aunque no necesariamente éstas resulten agradables, pues dar cuenta de ellas, significará establecer vínculos de confidencialidad y discreción con otras mujeres que les ayudará también a obtener información privilegiada o de alta confidencialidad a cambio. Pero en sus negociaciones con otras mujeres, las cargas de interacción son ambivalentes. Si bien la oportunidad de compartir experiencias puede hacerles identificarse y ganar valía y admiración, también las puede llegar a frustrar. Someterse al escrutinio de la mirada de otras mujeres, las vuelve vulnerables a verse a sí mismas no alcanzando los logros en el tiempo en que lo hubieran querido o a tener que incorporar en sus prácticas mucho más consumo, gasto e inversión de tiempo el que tenían previsto. Al mismo tiempo, asumen que otra mujer no les diría mentiras, porque lo que les dicen forma parte de ese código de lealtad o membresía que sólo se obtiene por el privilegio normativo de ser mujeres. Las mujeres tienen el deber, sumado a la otra larga lista de deberes, de compartir la información valiosa y estratégica de lo que se debe ahora consumir.

Respecto a la dimensión psicosocial, es importante resaltar el papel protagónico que vienen teniendo expertos como los nutriólogos, entrenadores deportivos, pero también psicólogos y terapeutas, al ganar posición social con el manejo del capital ideológico en las mujeres. El 100% en las entrevistas presentó un discurso asociado al *desarrollo personal*. Sus discursos constantemente recurren a conceptos como autoestima, auto conocimiento, auto control, cuidado de la dieta, manejo de estrés, disciplina, motivación, voluntad y hábitos de “arreglo personal” para sentirse bien consigo mismas.

La estimación correlativa entre la percepción del grado de eficacia en el producto resultó significativa respecto a la satisfacción corporal. La satisfacción corporal fue una de

las variables más correlacionadas durante la encuesta y constituye una dimensión de estudio recomendada para investigaciones posteriores pues da cuenta de cómo en función de ella se disparan también muchos procesos de consumo irracionales o desproporcionados para sus condiciones de vida.

En todas las entrevistadas, se considera que la mujer debe preocuparse por su propia estima y sobre todo por su imagen -como indicador de ésta-. Un aspecto de gran valor para ellas es el cumplimiento del deber, ya que si su satisfacción corporal no puede verse anclada a la imagen que proyectan a los demás, sí pueden vincularla a las prácticas diarias o a las “luchas” que emprenden diariamente para no “engordar”. En la búsqueda de esculpir, reducir o moldear el cuerpo, no necesariamente importa el método, sino la constancia con la que ellas se propongan –como una consigna para la cual se requiere fuerza de voluntad- alcanzar la delgadez. Lo que importa es que ellas hagan algo de manera constante, la perseverancia en la práctica les dará la percepción de norma y naturalidad, una norma a la que se ciñen para sí mismas con rigidez y en el cumplimiento de ella son personas con voluntad de hierro –en vez de *mazapán*- disciplinadas y preocupadas por su salud, como se debe de ser una persona sana, motivada, que se quiere y se respeta a sí misma.

En este sentido, se sienten satisfechas con sus cuerpos cuando consiguen estar delgadas, pero en realidad se trata de la satisfacción de cumplir con sus responsabilidades como mujeres, como amigas, como esposas y como madres, se trata del mismo orgullo que siente el soldado por su patria, en el cumplimiento de su deber. La perpetuación de tener que realizar prácticas de consumo para cumplir con sus obligaciones, no habla aquí solamente de la necesidad en ellas de cumplir con sus roles dentro del trabajo o la familia, sino que equivalen a normas ya interiorizadas, en todos los casos subjetivas y relativas de una mujer

a otra, pero que se ven permeadas por las expectativas generalizadas de cómo debe ser una persona adulta y responsable.

Las estrategias ante la crítica, la presión social o la “traición” proveniente de otras mujeres, de sus propias familias, son escasas, mínimas. Sobre todo para quienes se describen a sí mismas como mujeres destinadas a ser “gordas” por la herencia y tradición familiar. Para ellas, la competencia por el adelgazamiento no es más que observable desde fuera, de forma semejante a quien no es invitado a una fiesta y a cambio decide hacer gala de las múltiples cosas que tiene que hacer y que le impedirían ir a ella.

La gordura, en calidad de estigma heredado por la familia, representa uno de los aspectos más indeseables para cualquier mujer. Ello constituye todo un reto de intervención terapéutica y de salud pública, pues puede interpretarse también como un atentado contra la misma estabilidad psíquica en el sentido de la inseguridad que produce cada interacción social, percibiéndose incluso como personas inadaptadas ante un mundo regulado por la imagen y estandarizado a través de ella. La gordura llevada a niveles de obesidad, es importante que sea estudiada en términos de salud pública, ya no por las consecuencias fisiológicas de los pacientes, sino por la distancia que guardan éstos en sus condiciones de vida social y el ideal establecido socialmente respecto al cuerpo sano, lo que los convierte en personas vulnerables a la discriminación.

No poseer un cuerpo visto como sano para los demás, para las personas obesas se traduce en ser, ellas, gente enferma y ello termina normando también el resto de las prácticas y representaciones para las mujeres con obesidad. Todas las mujeres entrevistadas expresan cómo la sola imagen de la persona obesa, les resulta repugnante o dolorosa. Ellas

creen que pueden saber cuándo una persona tiene un “desorden” (alimenticio) en su vida a partir de su imagen observada, pero además, asumen que la persona sufre como consecuencia de no ser aceptada por la imagen corporal y de “batallar” consigo misma y con la serie de prácticas que tiene que hacer en lo cotidiano para agradar a los demás, lo que también se puede expresar en forma de lástima o pena y estas expectativas norman el estado de salud de las personas que padecen el “desorden”

En este sentido, a las personas se les entrena públicamente acerca de cómo deben incluso sentirse con su complexión corporal. Es por ello que para las mujeres que suelen oscilar entre el sobrepeso y el peso normal, se observa una tensión constante y un consumo mayor, pues son las mujeres que han podido ver de cerca las repercusiones sociales de ambos estados corporales. Las mujeres que en algún momento llegaron a ver en el espejo un cuerpo que ya no quisieron ver –ni pensar, ni imaginar- son las que realizan expresiones como “no era yo”, en desaprobación de la persona que algún día, contra su aprobación, fueron. Es como si el cuerpo racional, el político, se extrañara del cuerpo animal y de pronto lo desconociera. “No era yo” es la afirmación frecuente de que la imagen percibida del propio cuerpo está desvinculándose de la identidad, pero al mismo tiempo se trata de la negación de ella, la negación de la existencia misma de la persona, al no corresponder a los estándares visuales de lo que es ser apenas una persona, un sí mismo, de lo que es existir.

Las mujeres son unas expertas en éxito y ascenso por la vida, habiendo resuelto tantas conquistas a lo largo de su trayectoria laboral, familiar y económica, después de haber leído “de todo” para ser felices y haciendo tantas cosas a lo largo del día, ¿cómo podrían pasar desapercibidas? La experiencia de la maternidad por ello lleva también una doble valencia, por un lado les proporciona la oportunidad de seguir aportando a la familia

y dando de sí a los demás –orientadas hacia un sentido de trascendencia-, pero por otro, resulta dolorosa, en términos de la dificultad de volver a reducir tallas de ropa o de bajar de peso de nuevo.

Una estrategia utilizada frente a ello resulta entonces, momentáneamente, el apego de nuevo a los estereotipos de género, en donde pareciera que a la mujer, en términos de madre, se le conceden muchos más privilegios que a las demás. No son infrecuentes las expresiones de “yo tuve el cuerpo que quise” (antes de ser madres), justificando con ello que por eso ya no tienen necesidad ahora de esforzarse sobremanera para adelgazar. Esta ambivalencia hacia la maternidad, es vista particularmente en las mujeres cercanas a los 45 años, mientras que en las más jóvenes, las más cercanas a los 30, es notorio en sus discursos que la maternidad ya no es un “justificante” para estar en estado de sobrepeso u obesidad “en estos tiempos”, es decir, la exigencia por apegarse al estereotipo del cuerpo delgado, aumenta.

Al hacer lo que los expertos recomiendan, ellas adquieren la virtud de hacer lo que los expertos aconsejan –buscar estar delgadas- pero además, hacerlo de una manera especializada e instruida. Cuando lo hacen, ellas no buscan a cualquier experto, sino a un experto reconocido por sus colegas, que habrán de legitimarlo para que sea quien determine si conviene o no y en qué dosis usar el tratamiento elegido. Al hacerlo, no solo buscarán adelgazar, sino además, hacerlo de una forma asesorada, astuta, experta. Realizar consultas a expertos las hace a ellas mismas ser poseedoras en apariencia de ese capital simbólico y lingüístico en el que transforman su forma de hablar, acceden a mayor bagaje de tecnologías para la salud y se sitúan como expertas para nuevos consumos. Ellas se reafirman a sí mismas ahora no como cualquier mamá, sino como una mamá asesorada, no

como cualquier esposa, sino como una esposa profesionalista y responsable, no como cualquier amante, sino como una mujer que se esfuerza por verse ~~h~~“bella” y ~~s~~“sexy” para su pareja.

Con el paso del tiempo van ganando experticia en el campo del adelgazamiento, bajo la ilusión de ser dueñas del cuerpo a conquistar, pero dependientes –en la aprobación de la mirada de los demás. Hacer lo que requieran hacer para ser unas mujeres contemporáneas, de éxito, con capacidad de logro, será la consigna permanente en la milicia por el cuidado del cuerpo. Ser delgadas no les garantizará ser felices, pero no hay felicidad sin salud, y no hay salud sin la variable subjetiva de ~~s~~“sentirse bien”. Estar delgadas no les garantiza del todo llegar a sentirse bien, pero esto, aunado al cumplimiento de una larga serie de responsabilidades y prácticas realizadas puntual y disciplinadamente, les dará la tan anhelada satisfacción. Estar delgadas, las hará estar más cerca, visualmente, de sentirse bien.

¿Y entre tanto, qué les queda como mujeres? Lo que han hecho otras mujeres de éxito, si no conseguir estar delgadas, ~~b~~“batallar” en el intento. Empezar su propia lucha contra el indicador de la báscula, de la talla de ropa, las calorías en el platillo o los gramos de grasa en el guiso, contra lo colgado en el closet aguardando a que ~~m~~“me quede”, porque ¿quién necesita ser infeliz? Para ser felices y que sus ~~l~~“luchas” tengan sentido, necesitarán creer, finalmente, que no existen las ~~g~~“gorditas felices”, porque ¿Cómo podría haber felicidad en algo reprochable?, ¿cómo se podrá encontrar la felicidad cuando los demás observen en mí inconformidad, flojera, descuido, pobreza, fadonguez?, pero además, ¿Quién quiere cargar con cualquiera de estos estigmas en los albores del pleno siglo XXI? ¿y entre tanto producto que promete ~~v~~“vernarnos” y ~~s~~“sentirnos” bien?.

Conclusiones

El cuerpo de la mujer de 30 a 45 años en Hermosillo, Son, constituye un capital activo a ser conquistado por diferentes actores en un campo social complicado y sumamente competido. El consumo de productos para adelgazar realizado por ellas, es sólo un indicador de profundos procesos sociales que operan de manera cotidiana y que impiden su visibilidad y la prevención oportuna de distintos trastornos y afectaciones a la salud de la mujer.

A lo largo del presente capítulo, señalaré tan solo los mecanismos que, en conclusión, constituyen los procesos y situaciones más sobresalientes en la vida cotidiana de las mujeres y que funcionan como detonantes o como frenos, ante la enorme maquinaria social destinada al consumo de productos para conseguir o mantenerse delgadas.

Ante la pregunta particular de investigación: **¿Cuáles son las características del consumo de productos para adelgazar en mujeres de 30 a 45 años que radican en Hermosillo, Son?** La encuesta reveló que el consumo es elevado, pues los productos son consumidos por la mayoría de ellas. 6 de cada 10 mujeres reconoce haber experimentado en algún momento de su vida con algún producto para adelgazar, mientras que 5 de 10, aún siguen haciéndolo. El tipo de productos consumidos es diverso. En primer lugar se consumen los medicamentos, en segundo lugar los suplementos alimenticios, en tercer lugar las prendas de calzado y vestido y, por último, los cosméticos. El costo de los productos es variado, puede ir desde \$30 hasta \$1, 800 pesos, obteniendo una media por producto consumido de \$ 491 pesos. El gasto puede llegar hasta cuadruplicarse si las mujeres combinan el consumo de los productos con servicios, como ocurre en el 78% de los casos.

El detonante inmediato previo a la compra del producto es que otra mujer lo haya consumido y tras la efectividad probada en ésta persona, se da el proceso de búsqueda o localización comercial del producto, que por lo regular sucede en supermercados, farmacias, establecimientos comerciales y de importación, pero también de manera informal en los mismos centros de trabajo, por catálogos o entre “allegadas”. Las compras en internet son minoritarias, pero al parecer tienden a aumentar entre las consumidoras.

A través de la misma internet, o bien, de otras vías informales de comunicación, las mujeres hacen consultas eventualmente a “expertos” sobre las condiciones de uso y disponibilidad del producto, pero escasamente sobre las contraindicaciones. La inmensa mayoría de ellas desconoce las contraindicaciones antes de usar el producto, sobre todo si éste no se trata de medicamentos, pues entonces, sólo se percibe como una parte minúscula de una gama de artículos consumidos a lo largo del día como parte de los hábitos alimenticios, higiénicos, estéticos y deportivos.

Hay un proceso selectivo de la información que solicitan acerca de lo que van a consumir, ignorando las Reacciones Adversas a los Medicamentos (RAM), aun cuando ellas mismas las experimenten en sensaciones fisiológicas que solo suelen catalogarlas como “molestias”. Y es sólo cuando las RAM amenazan con incapacitarlas o ingresarlas a un hospital para intervención médica, cuando, como estrategia, dejan de consumirlo. El cese en el consumo del producto es omitido en la socialización de la eficacia que inicialmente se dio entre las mujeres y, por lo regular, las RAM solo llega a conocerlas la mujer consumidora y sus “amigas”, o bien, un experto en salud al cual acude pero no genera el reporte necesario a las autoridades sanitarias.

Tanto en las prácticas de la mujer, como en los hábitos médicos, hay un desapego general a las normas sanitarias vigentes de Farmacovigilancia, que favorecerían el registro y el cese comercial de diversos productos que ponen en riesgo a la salud. Y ello se complejiza aún más con la circulación reiterada de productos en el mercado que no tienen licencia para hacerlo o con el manejo de sustancias ilícitas entre las mujeres. Una de cada cuatro mujeres reportaron estar consumiendo productos retirados en las páginas de la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) como retirados del mercado a partir del 2010 por no tener las propiedades “milagrosas” con las que se anunciaban. Existe, además, una tendencia al abuso de sustancias, encontrando que una de cada 5 mujeres, consume simultáneamente más de 2 productos, entre una larga lista de productos y servicios en los que suelen “invertir”.

El gasto total por consumo en las personas, no está relacionado con la percepción de la eficacia de los productos, mientras que lo que sí es estadísticamente significativo para la toma de decisiones sobre el consumo, el desuso o la búsqueda de nuevas estrategias, es la satisfacción corporal, proceso bastante complejo y subjetivo que guarda estrecha relación con los actores participantes en los mecanismos.

Ante la segunda pregunta particular de investigación: **¿Qué significa la delgadez corporal para las mujeres del estrato socioeconómico medio?** Definitivamente los significados son diversos de una mujer a otra, pero es posible hacer generalizaciones acerca de lo que sucede con el consumo a partir de la revisión de sus prácticas. En ellas, la satisfacción corporal juega un papel mediador importante, sin embargo, lejos de ser vista en la investigación como un proceso del todo psicológico y atribuible en gran medida a la personalidad de la mujer, la satisfacción aparece más bien como un proceso derivado del

cumplimiento de habitus corporales interiorizados a partir del género y el estrato económico en las mujeres.

Para ellas, el concepto de salud es un complejo social alcanzable que se compone, entre otros elementos, de verse y sentirse bien. Mientras que verse y sentirse bien, no se pueden alcanzar, a su vez, sin el requisito básico de estar delgadas. Poseer un cuerpo delgado se traduce en ser delgadas, pues las características y complejiones corporales se sincretizan con la identidad. De la misma forma, poseer un cuerpo “gordo”, se traduce en ser “gordas” y en la sentencia de la gordura se derivan una serie de estigmas hacia las mujeres, que suelen ser vistas bajo el prejuicio de descuidadas, fongas y/o cochinas.

Poseer un cuerpo delgado les da la garantía a algunas mujeres de que con ello están haciendo gran parte de lo que tienen que hacer en calidad de mujeres preocupadas por el aumento de la obesidad en el estado o en el país, mientras que para otras, el mecanismo utilizado es el de recurrir al argumento de la maternidad como “pretexto” para no alcanzar la exigencia de estar delgadas. Para todos los casos, un punto en común es hacer una justificación en dado caso de la no delgadez, es decir, dar argumentos a los demás cuando no hacen lo que saben que deben de hacer.

Adelgazar se instala como un habitus en la práctica que hay que alcanzar y lograr a toda costa, de manera semejante a como consiguen en su vida cotidiana comprar otra casa o cambiar de auto. Pero para lograrlo, todas reconocen que se necesita de disciplina. Dado que todas las mujeres entrevistadas fueron trabajadoras, fue relativamente fácil ver en los argumentos cómo las mujeres trasladan valores altamente cotizados en el escenario laboral al hogar. Ellas tienden a valorar la perseverancia en las prácticas, la responsabilidad, el

planteamiento de metas personales y la búsqueda incansable de alternativas para conseguir el logro. Han desarrollado una autoestima -un aprecio por sí mismas- basado en el logro. De modo que quien ha conseguido dominar, de manera parecida a quien domestica a un animal silvestre, su propio cuerpo, es realimentada por sus pares y por sí misma de manera positiva. La valía, inscrita en la identidad misma de la persona aumenta y entonces el capital acumulado personal y familiar también. No importan los métodos -y si son combinados, mejor- siempre que éstos sean efectivos para conseguir adelgazar.

Los chequeos y monitoreo periódicos de su estado de salud a través de laboratorios, ultrasonidos y otras vías “tecnológicas” habrán de servirles para hacer atribuciones causales y determinar, como expertas en el consumo, qué siguen consumiendo y qué no, o cuándo dejar de usar algo. Además, por supuesto, de las prácticas tradicionales de medición del cuerpo, que no es necesario hacerlas de forma rigurosa con báscula y cinta métrica, pues pueden sintetizarse éstas a través de la talla de ropa y de la imagen que el espejo registra al ponérselas. Es por eso que la compra de ropa representa un tema incómodo en común para quienes no se sienten satisfechas con su complexión.

Cuando una mujer “no se siente bien” es porque no se ve bien frente a sus ojos en el espejo. Ha interiorizado los filtros de aprobación por los que tiene que pasar para ser considerada, en inicio, una persona, alguien existente, digna de ser visible ante los demás. La mirada en el espejo sintetiza, a veces con más crueldad, los comentarios imaginables respecto a su apariencia, por ello es tan importante “arreglarse”. El arreglo es el “perfeccionamiento” o la corrección de la forma original del cuerpo hacia la imagen que desean proyectar a los demás y en él caben el consumo de artículos de tocador, vestuario,

maquillaje, calzado y un largo etcétera que habrá de acompañarlas durante sus diferentes escenarios de desempeño o actuación como seres sociales porque finalmente *–son mujeres*”.

En la interpretación del adelgazamiento, además del sinónimo *–arreglarse*”, cabe también la expresión *–euidarse*”, como si al cuerpo se le protegiera de una amenaza grave. Estar delgadas significa que se han protegido contra la posibilidad de *–dejarse*”, *–abandonarse*”, *–encerrarse en un cuerpo ajeno*”, o peor aún, caer en la tentación de engordar a partir de comer como *–cerdas*”. Con mucha frecuencia, las metáforas utilizadas en sus discursos, expresan mucho del material simbólico resguardado en el que asumen que el cuerpo es en primera instancia un cuerpo animal que hay que domesticar, que hay que entrenar, dominar. Hacer acciones para no *–dejarse engordar*” no tiene mucho que ver entonces con prevenir enfermedades tal como se suele decir de manera automática, sino más bien con demostrar en su medio social y para sí mismas, que son capaces de contenerse, autorregularse, controlarse, esculpirse, educarse. La distinción bourdiana no se da sino solo a través de un proceso de reeducación que exige conocimientos sobre nutrición, psicología, entrenamiento deportivo, aparatos electrónicos, entre diversos aspectos.

La experticia conseguida las hace las legítimas expertas dentro de lo que se consume en el hogar, mientras que en el campo del adelgazamiento se generan intercambios importantes con el resto de los actores sociales. Estos actores son:

- Las mismas mujeres que han sido usuarias de productos
- Las personas que participan activamente de la erogación del gasto
- Los profesionistas asociados con el desarrollo personal

- Los profesionistas de especialidades biomédicas
- La industria publicitaria y los medios de comunicación
- La industria farmacéutica y el comercio

Y finalmente, ante la pregunta general de investigación: **¿Cuáles son los mecanismos que explican la reproducción de prácticas de consumo de productos para adelgazar de mujeres de estrato socioeconómico medio en Hermosillo, Son?** Es importante reconocer, de entrada, que el volumen de consumo es alto, precisamente porque se encuentran muchos más procesos incentivantes que restrictivos, es decir, los mecanismos que impulsan diariamente hacia el consumo, son, por mucho, más y de mayor fuerza que los que pudieran frenarlo, sin embargo, también hay que reconocer que agencia y estructura no permanecen inmóviles, sobre todo si se tiene en cuenta que los actores son diversos y que entran en competencia a través de diversas estructuras como la familia, las otras mujeres y el trabajo.

En el campo del adelgazamiento pareciera que no hay agencia, pues ello se refleja en:

- La imitación de estereotipos de género y estrato económico.
- El dominio del lenguaje biomédico,
- La escasa participación social y gestión en procesos de salud enfermedad.
- La desinformación relevante para la propia salud.
- La omisión de contraindicaciones en el consumo de fármacos y otros productos.
- La dependencia emocional hacia la imagen corporal, entre muchos otros factores.

Los principales procesos sociales hallados que fungen como detonadores hacia el consumo de productos adelgazantes son:

- La dominación simbólica en el lenguaje de las ciencias biomédicas, que en lo contemporáneo pareciera estar cobrando intereses a la figura del médico y cuyo posicionamiento sigue siendo importante y vigente pues se encuentra en la cotidianidad de las mujeres a través del lenguaje y de las prácticas de auto monitoreo con “aparatos médicos”, además del anhelo frecuente por realizarse cirugías plásticas.
- La inscripción de los procesos de medicalización en la moral cotidiana, mayor capital ganado por las generaciones anteriores de profesionales de la salud. Los habitus médicos y de consejería son los que advierten sobre los “estilos de vida” que habrán de llevar a las personas a la salud, al bienestar, a la felicidad, al éxito. Hay una dominación de símbolos que se inscriben en el lenguaje y en prácticas que de no ser consideradas “saludables” genera culpa; Hay que hacer lo necesario para sentirse bien (capital ganado por la religión y la psicología), luego entonces, intentar adelgazar es algo bueno, si yo lo hago, soy buena (ciudadana, paciente, hija, persona, pareja).
- El aumento en el posicionamiento de los nuevos expertos en salud: Nutriólogos, psicólogos, terapeutas, entrenadores de acondicionamiento físico, masajistas y aplicadores de procedimientos “de belleza”, que promueven el tan anhelado aumento de autoestima, que se basa en conseguir y acumular logros.
- La supremacía de la imagen sobre las nociones de salud. Verse bien indica salud; Verse bien es sinónimo de ser bella; La ropa y la obesidad, son signos visibles de inconformidad consigo mismo; En el caso de las mujeres obesas, llegar a ser vistas, es sinónimo de existir, de estar presentes en un mundo social.

- La supremacía de la tecnología sobre la ciencia y la salud, que las lleva a considerar el chequeo con aparatos como procedimientos más certeros y valiosos que la misma consulta a expertos. La tecnología, como resultado de una cultura posmoderna, es el medio para observarse, para estar in, para ser consumidoras inteligentes y para corregirse a sí mismas en sus —impefecciones” corporales.
- La falta de condiciones laborales y familiares para tener tiempo libre, lo que les permitiría vivir bajo menos estrés y poder realizar actividades que sustituyan el consumo del producto, como el ejercicio al aire libre o el cumplimiento de una alimentación nutritiva accesible.
- La naturalización de los productos buscándoles rasgos que reduzcan la disonancia cognitiva y además involucre a otras personas en calidad de legitimación de la práctica: Todos tenemos que calzar, todos tenemos que nutrirnos, todos debemos de tener energía, etc. Al mismo tiempo que se da la negación de factores de riesgo y el ocultamiento de las RAM’s.
- La —satisfacción”, basada en el cumplimiento del deber ser, lograda por quienes eventualmente han alcanzado la imagen corporal deseada, ya que con ello se demuestra que tras la voluntad y la disciplina, verdaderamente se puede alcanzar el logro de encarnar el estereotipo corporal de su género.
- El nuevo estatus o posicionamiento social que ganan también las mujeres que se saben consumidoras de algo que se —realizó de manera científica”, o que —está bien equilibrado”, o es de —alta tecnología”, pues ello demuestra la capacidad de adquisición y logro en la mujer, además de que simbólicamente le da la apariencia de ser poseedoras de un capital valioso, pareciera que el producto adelgazante

sintetiza el capital conquistado históricamente por los médicos, nutriólogos, farmacéutas y químicos. Al comprarlo, están siendo ahora herederas y no presas de ese capital.

Los mecanismos encontrados que en cambio frenan algunas partes de los procesos de consumo son:

- La dificultad económica para muchas de ellas de ahorrar para las cirugías o comprar todos los productos que desearían.
- Encontrar indicadores clínicos que no les gusten en sus exámenes periódicos, aunque la asociación causal no necesariamente obedezca al fármaco.
- Centrarse en el consumo: Si de cualquier forma se tiene que consumir y yo no puedo bajar de peso, habré de comprarme más cosas, para percibir que aumento mi capacidad de logro a partir del consumo de artículos de tocador, accesorios, “ropa de marca”, etc.
- Maximizar los “defectos” corporales de las demás mujeres y las habilidades u otros aspectos valiosos de su propia personalidad.
- Maximizar las partes del cuerpo que sí cumplan con los estándares sociales o propios de aceptación, como el rostro, el cabello, el trasero o el busto. O bien, maximizar la importancia de una silueta armoniosa, aunque ésta se observe en un cuerpo con tallas “extra”.
- Y finalmente -pero la menos encontrada entre las entrevistadas- la autoestima basada en la auto aceptación incondicional, aquella que es desarrollada por mujeres que más allá de su compleción, talla o imagen corporal, que son capaces de reconocerse valiosas e implementar en sus discursos nuevos significados a su

condición corporal y que se divierten consigo mismas a partir de expresiones como “soy una gordibuenaa”, “una gordita feliz”, “me vale”, “también el gordo le da sabor al caldo” o bien “tengo con qué sentirme sexy”.

RECOMENDACIONES.

El consumo de productos para adelgazar tiene mecanismos de resistencia débiles en las condiciones socioculturales que se da en nuestro país, lo que genera un desequilibrio entre las capacidades de los diferentes actores en el proceso al enfrentar presiones desde distintas arenas en la vida de las mujeres. Esto constituye un desafío en materia de salud pública, pues no es un tema que pueda tomarse a la ligera, tanto por las repercusiones individuales que pueda llegar a tener, como por los costos económicos que el sistema de salud pueda enfrentar.

Ante ello, **el gobierno** posee una responsabilidad ineludible que debe centrarse básicamente en 4 actividades:

- 1) La suspensión efectiva de productos actualmente considerados riesgosos, mediante acciones como la prohibición de productos de importación sin verificación nacional en sus riesgos, el aumento de personal sanitario para la verificación de los productos, el establecimiento de sanciones económicas a establecimientos que comercialicen productos sin licencia, entre otros.
- 2) Intensificar la investigación y regulación de los productos aparentemente inocuos, pero que en realidad son considerados como tal porque no están calculados en sus riesgos con el mismo rigor de producción de un medicamento. Pueden implementarse acciones como exigir estudios de impacto a la salud de tenis vibratorios y los suplementos alimenticios, incentivar el estudio de propiedades terapéuticas de plantas tradicionales en las universidades y centros de investigación, entre otros.
- 3) Establecer mecanismos de regulación en los medios de comunicación que limiten la reiterada difusión de la silueta estereotipada de la mujer, así como el contenido y la forma de publicidad que ejerce actualmente la industria médica farmacéutica. Vgr.

- Asignar cuotas de representatividad poblacional en programas de televisión y anuncios comerciales, restricción de imágenes de procedimientos quirúrgicos, prohibición de testimoniales en los anuncios comerciales, incorporación de leyendas en la publicidad y el etiquetado –de la misma forma que ya se hace con el cigarro-, restricción del tiempo de exposición visual en la televisión de un solo producto, etc.;
- 4) Y como política pública de prioridad en la atención a la salud, redirigir esfuerzos y recursos hacia la Atención Primaria a la Salud. Ello conlleva el reto de investigar e intervenir en padecimientos graves como el sobrepeso y la obesidad, pero también en los trastornos de conducta alimentaria, con un enfoque de responsabilidad compartida y no individualizada. De manera particular, es importante aumentar las capacidades y recursos de los servicios de salud mental, entendidos como los que podrían ser capaces de brindar herramientas a la población para el manejo de estrés, habilidades para la búsqueda de información previa a la toma de decisiones, mediación de conflictos, organización del tiempo, manejo de la crítica y la presión social, cambio de hábitos alimenticios y mejora de la comunicación intrafamiliar.

Pero la salud pública debe verse más allá de un catálogo de bienes y servicios que se disponen desde la autoridad y tomarse como un problema prioritario en el que la **sociedad civil**, participe de manera activa, de la siguiente manera:

- 1) Cuestionando y relativizando las nociones de belleza que imperan en la actualidad sobre la imagen corporal de la mujer.
- 2) Asumiendo una postura crítica como consumidores.
- 3) Interactuando con mayor frecuencia y responsabilidad con el sistema de salud, aprovechando los espacios y programas ya existentes y exigiendo sus modificaciones cuando sea necesario para que la calidad de la atención sea tanto técnica como humana.
- 4) Participando en propuestas para la mejora de la salud y el desarrollo personal dentro de los ambientes laborales, ya que constituye el sitio donde las personas pasan la mayor parte del tiempo. Entre estas acciones se puede impulsar la incorporación de rutinas de ejercicio en recesos, realización de mejoras a las dietas en los comedores

industriales, la restricción de entrada a vendedores de productos chatarra y milagrosos.

- 5) Otras acciones que se pueden impulsar a través de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC's) son: La exigencia de un abasto alimentario nutritivo y de bajo costo, la incentivación de la innovación para las actividades de promoción a la salud, la gestión de la seguridad de los caminos y la infraestructura pública adecuada para hacer ejercicio al aire libre, la reducción de los tiempos de traslado en el transporte público a fin de reducir el estrés laboral, la organización al interior de los centros de trabajo para la exigencia de mayor tiempo libre y recreación, entre muchos otros derechos que como ciudadanos, sería ingenuo pensar que se darán sin una adecuada capacidad de organización y gestión.

Por su parte, las **ciencias sociales** tienen aún mucho que aportar al estudio de la salud:

- 1) Interesándose en los procesos de la vida cotidiana de las personas, particularmente, sobre aquellas prácticas que son asociadas a la “vanidad” o lo “superfluo”. No existen temas sin importancia cuando de salud se trata y justo en la naturalización y minimización de las prácticas sociales, es donde se operan mecanismos de mayor fuerza de dominación que el científico social puede deconstruir.
- 2) Haciendo la labor de investigación que siempre se ha hecho, pero agregando el lente de la perspectiva de género. Ya sea revisando estadísticas diferenciadas o aludiendo a categorías conceptuales diversas, la ciencia social pueda evidenciar las condiciones inequitativas en las que se encuentra hoy día la mujer. Ello favorecerá también el surgimiento y la adaptación de conceptos asociados a las minorías que puedan ayudar a la transformación social, a través de sus instituciones o de sus agentes.
- 3) Dando mayor atención como objeto de estudio, a los procesos de violencia simbólica, como el permanente bombardeo de una representación de salud=delgadez, que genera las prácticas de riesgo como las que se han documentado en esta investigación.

A la **ciencia biomédica** se recomienda:

- 1) Cuestionarse acerca del descenso en el estatus del médico para muchos temas de salud, colocándolo al mismo nivel que los comerciantes y estilistas, revisando las necesidades formativas del personal médico en las universidades y centros colegiados.
- 2) Aumentar el nivel de capacitación, sobre todo en lo que a normatividad e investigación epidemiológica aplicada se refiere.
- 3) Procurar fondos para el financiamiento de las investigaciones que no comprometa sus resultados a los intereses de la industria farmacéutica o a los de cualquier agencia financiera. Una propuesta viable para el aumento del rigor científico es la conformación de comités de ética con profesional multidisciplinario para las investigaciones, sobre todo para las que no se encuentran aún vinculadas al sector exclusivamente clínico, como es el caso de la investigación en alimentos y la generación de suplementos alimenticios.
- 4) Aprovechar espacios de especialización profesional que aún no se han explotado en México, como la generación de carreras profesionales en Farmacoepidemiología y Farmacoeconomía, así como la apertura de promociones curriculares en Epidemiología y ciencias de la investigación en salud, para profesionistas no necesariamente egresados de la ciencia médica.

Las ciencias del **–desarrollo personal**”, deberán cerrar filas en cuanto a quiénes avalen como profesionales competentes para la impartición de consejería. Los Colegios de profesionales y los terapeutas interesados en el posicionamiento de su profesión, habrán de desarrollar estrategias creativas para la diferenciación profesional de sus servicios con el resto de los hoy llamados **–consejeros**” o **–asesores de imagen**”. En ese proceso de profesionalización y/o certificación de la consejería, habrá de revisarse la formación personal del terapeuta, promoviendo que se evite la transmisión de la propia carga valoral y normativa en la prestación de la atención. Ante ello, muchas universidades han optado por solicitar al alumno de éstas carreras, que se someta a un proceso personal terapéutico, pero lamentablemente, esta práctica no se aplica en la totalidad de las universidades, ni existen mecanismos a nivel de política pública que los obligue a hacerlo.

Respecto a **las mujeres**, como grupo de pertenencia, podrán:

- 1) Asumir la responsabilidad de la propia salud al ingerir o utilizar algún producto. Evitar ser selectivas y no tomar a la ligera las contraindicaciones y advertencias de uso en un empaque o envasado.
- 2) Ser críticas, respecto a la imagen que proyectan otras mujeres -más allá de la apariencia- pero también respecto a su rol de madres y esposas, que les permita visualizar otras formas de cuidar la salud familiar.
- 3) Ser críticas respecto a sus nociones de tecnología y modernidad, que ponga en cuestionamiento lo que consumen y las cosas que han evolucionado para ellas en su rol de cuidadoras de la salud.
- 4) Promover una responsabilidad compartida sobre la salud de los miembros del hogar. Ello incluye la devolución de la responsabilidad de la salud a la pareja.
- 5) Procurar estrategias internas en el hogar que favorezcan la equidad y la carga equilibrada del trabajo entre todos los miembros. Es ingenuo pensar que esto se dará de manera natural en el hogar, la mujer, como principal interesada, es quien tiene que buscarlas, solo así, hombres y mujeres, en calidad también de padres de familia podrán:
- 6) Favorecer el desarrollo de ideologías y valores que pongan las condiciones para una mayor equidad de género en las siguientes generaciones. El rol de padre y madre, no sólo tendrá que ver con la transmisión del mensaje de que la mujer vale igual y tiene los mismos derechos que el varón, sino también con el ejemplo otorgado en casa –que no sea disonante con el discurso- y con la adquisición de habilidades concretas para trabajar equitativamente. Vgr. Capacitar a los varones en casa para que sepan cocinar balanceadamente, entrenar para niño y niña sepan identificar y comprar productos nutritivos, exigir el mismo tiempo de ejercicio físico a hombres y mujeres en el hogar, etc.

- Bateson, Gregory. 1972. *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. USA: University Chicago Press.
- Bauman, Zygmund. 2007. *Vida de consumo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BBC Mundo. 2006. Grave abuso de medicinas. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=9350&SE=SN>
- Bejarano, Margarita. 2012. Cronos entre Hestia y Atenea. *Usos del tiempo y desigualdades en la calidad de vida de hombres y mujeres*. Tesis de doctorado en Ciencias Sociales. El Colegio de Sonora. Hermosillo.
- Bernal, Héctor. 2011. Bypass gástrico. Disponible en <http://www.adios-obesidad.com/Bypass-Gastrico.aspx> (Noviembre de 2011)
- Boltanski, 1977. *Descubrimiento de la enfermedad*. Argentina: Ciencia Nueva.
- 1975. *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Periferia.
- Bourdieu, Pierre. 2003. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- 1999. *La distinción*. Madrid: Editorial Taurus.
- 1997. *Sobre la televisión*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- 1991. *El sentido práctico*. Madrid: Editorial Taurus.
- 1988. *Cosas Dichas*. España: Editorial Gedisa.
- Bourdieu, Pierre, Jean-Claude Chamboredon y Jean-Claude Passeron. 2008. *El oficio del sociólogo: Presupuestos epistemológicos*. México: Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant Loic. 2005. *Una invitación a la sociología reflexiva*. México: Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre, Wacquant Loic & Farage Samar. 1994. Rethinking the state. Genesis and Structure of the Bureaucratic Field. *Sociological Theory* 12 (1): 1-18
- Butler, Judith. 1993. *Boddies that matter: On the Discursive Limits of "sex"*. New York. Routledge.
- Cámara Nacional de la Industria de cosméticos en México. 2004. Estadísticas de la Industria de Cosméticos en México. http://www.quiminet.com/ar3/ar_AAassaddsaRsDF-estadisticas-de-la-industria-de-cosmeticos-en-mexico-2004.htm (Junio de 2010)
- CANIPEC. 2010. Reporte anual 2009. http://www.canipeec.org.mx/woo/xtras/docweb/reporte_2009_na.pdf (febrero de 2010)

- Castaños, Nora. 2012. Abre tu gimnasio en Hermosillo, Son. Disponible en : http://www.articulosinformativos.com.mx/Abre_Tu_Gimnasio_Hermosillo_SO-r962492-Hermosillo_SO.html . (Febrero de 2012)
- Castro, María del Carmen. 2008. *De pacientes a exigentes*. México: El Colegio de Sonora.
- Castro, Roberto. 2000.. Estructura y acción en la experiencia de la salud. En *La vida en la adversidad El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Centro del Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. 2010. Perspectivas Económicas de América Latina 2011. En qué medida es clase media América Latina. OCDE. http://www.latameconomy.org/fileadmin/uploads/laeo/Documents/E-book_LEo2011-SP_entier.pdf
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2004. Guía de trastornos alimenticios. México: Secretaría de Salud. Disponible en : <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>
- COFEPRIS. 2010. Atribuciones de la COFEPRIS. <http://www.cofepris.gob.mx/wb/cfp/atribuciones> (Mayo de 2010)
- COFEPRIS. 2011. *Taller de Farmacoepidemiología*. . Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública
- Comelles, Josep M. 2009. The beast in me. The evolution of mad bodies in contemporary europe. *Reserch & Development. La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social*. Spanish MECD. Tarragona, España: Universitat Rovira i Virgili.
- Cruz, Soledad y Carmen Maganto. 2002. Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada* 55 (3): 455-73.
- Damián, Araceli. 2010. El derecho al tiempo para el ocio. En *Perspectivas del universalismo en México*, coordinado por: Enrique Valencia, páginas del capítulo. México: Instituto de Estudios Superiores de Occidente.
- Da Silva, Cristiano J, Dos Santos, José E.y Satie, Catarina. 2010. An evaluation of the genotoxic and cytotoxic effects of the anti-obesity drugs sibutramine and fenproporex. *Human & Experimental Toxicology* (29):187-197.
- Davis, Nichola J, Ada Emerenini y Judith Wylie-Rosett. 2006. Obesity Management: Physician Practice Patterns and Patient Preference. *The Diabetes Educator* 32: 557.
- De Beauvoir, Simone. 1949. *El segundo Sexo*. Editorial Random House Mondadori
- De Braganza, Ninoska y Heather Hausenblas. 2008. Media Exposure of the Ideal Physique on Women's Body Dissatisfaction and Mood: The Moderating Effects of Ethnicity. *Journal of Black Studies* (40): 700-716.

- De Castro, Ana Lucía. 1998. Culto al cuerpo, modernidad y medios de comunicación. *Lecturas: Educación Física y Deportes* 3(9)
- Denman, Catalina, Ma del Carmen Castro y Patricia Aranda. 2007. Salud en Sonora desde una perspectiva de género: retos y propuestas. *Región y Sociedad*. 19.
- Denzin, Norman e Yvonna Lincoln. 2011. *El campo de la investigación cualitativa*. Colección: Manual de Investigación Cualitativa. Vol. 1. México: Gedisa Editorial.
- Denzin, Norman. 2001. The reflexive interview and a performative social science. *Qualitative Research* 1 (1): 25-26.
- Dimasi, Joseph, Ronald W Hansen y Henry J Grabowski, 2003. The price of innovation: new estimates of drug development cost. *Journal of Health Economics* 22 (2003)151-185.
- Dukuen, Juan. 2010. Entre Bourdieu y Schutz. Encuentros y desencuentros en fenomenología social. *Revista Latinoamericana sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. 2 (3): páginas.
- Duncan, Kaelen C., Alicia R. Desilets Y Ronald J. DeBellis. 2007. State of the Art Review: Long-term Pharmacotherapy for Overweight and Obesity: A Review of Sibutramine, Orlistat, and Rimonabant. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 1 (5): 367-388.
- Elias, Norbert (1987): *El proceso de la civilización: investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- El Imparcial. 24/01/2012. Alertan por caída de aguanieve en Sonora
- 02/09/2011. Afecta a la salud uso del clima artificial.
- 04/08/2011. Reportan caso de golpe de calor en Hermosillo.
- 03/02/2011. Recomendación SEC no exponer al frío a estudiantes.
- 11/12/2007. Sonora: reportan nueve mil casos de neumonía y bronconeumonía.
- 09/05/2007. Vulnerable Sonora ante el cambio climático
- 07/05/2007. Calentamiento Global en Sonora.
- Ehrenreich, Bárbara y Deirdre English. 1990. Por su propio bien 150 años de consejos de expertos a las mujeres. Taurus Humanidades. Colección Humanidades/Ciencias sociales. Bolsillo. 3. Madrid España: Editorial.
- Esteban, Mari Luz. 2004. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Evgeny Idelevich, Wilhelm Kirch y Christoph Schindler. 2008. Current pharmacotherapeutic concepts for the treatment of obesity in adults. *Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease* (3): 75-90.

- Expos Salud e Imagen, 2011. Hermosillo, Son. Programa disponible en:
<https://www.facebook.com/pages/EXPO-SALUDEIMAGEN/206413926067878?sk=wall#!/photo.php?fbid=239838672725403&set=a.239837549392182.57332.206413926067878&type=1&theater>
- Fajreldin, Valentina. 2006. Antropología Médica para una epidemiología con Enfoque Sociocultural. Elementos para la Interdisciplina. *Ciencia y Trabajo* 8 (20): 95-102.
- Fassino, Secondo, Andrea Piero, Carla Gramaglia, Giovanni Abbate, Marina Gandione y Giovanni Giacomo. 2006. Clinical, Psychological, and Personality Correlates of Asceticism in Anorexia Nervosa: From Saint Anorexia to Pathologic Perfectionism. *Transcultural Psychiatry* (43): 600-610.
- Félix, José. 2001. *La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Fernández, Manuel. 2004. Interdisciplinariedad en ciencias sociales: perspectivas abiertas por la obra de Pierre Bourdieu. *Cuadernos de Trabajo Social*. 17 (número): 169-193.
- Festinger, Leon. 1957. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA:Stanford University Press.
- Foucault, Michel. 1983. *El nacimiento de la clínica*. México:Siglo XXI Editores.
- 2005. *Las palabras y las cosas. Una Arqueología de las ciencias humanas*. México: Siglo XXI.
- Fox, Nick. 1999. *Beyond health: Postmodernism and embodiment*. Lugar de publicación:Free Association Books.
- Fox,Nick y Ward, Katie. 2006. Health identities: from expert patient to resisting consumer *Health (London)* (10): 461-479.
- Frenk, Julio. 2005. De economía y salud a la protección social en salud. En *La Salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos*, coordinado por autores, páginas del capítulo. México: Fundación Mexicana para la Salud
- Fries, Christopher. 2009. Bourdieu's Reflexive Sociology as a Theoretical Basis for Mixed Methods Research: An Application to Complementary and Alternative Medicine. *Journal of Mixed Methods Research* (3): 326-348.
- García, M. E, A. I. Hernández, A. Oña, J. F. Godoy y S. Rebollo 2001. La práctica física de tiempo libre en la mujer. *Revista Motricidad*. 7: 145-186.
- Gates, Moira. 1997. Corporeal Representation in/and the Body Politic. In *Writing on the body. Femal Embodiment and Feminis Theory*, coordinado, editado autores, páginas del capítulo. U.S.A: Colombia University Press.
- Gazzaniga, S. Michael. 1993. *El cerebro social*. Madrid: Editorial Alianza.
- Germaná, César, 1999. Pierre Bourdieu: La Sociología del Poder y la Violencia Simbólica. *Revista de Sociología*. 11(12): páginas.

- Giménez, Gilberto. 1997. *La Sociología de Pierre Bourdieu*. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.
- Gómez, Gilda y María Acosta. 2002. Valoración de la delgadez. Un estudio transcultural (México, España). *Psicothema* 14 (002): 221-26.
- Goffman, Erving. 1986. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gracia, Mabel. 2007. Comer bien, comer mal: La medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México* 49 (3): 236-42.
- Gracia, Mabel, y Josep Maria Comelles (Eds). 2007. *No comerás*. España: Icaria Editorial.
- Granados, José Arturo. 2006. *La perspectiva de género en el estudio de los trastornos mentales y el trabajo*. Serie Académicos CBS. México: Universidad Autónoma Metropolitana. División de Ciencias Biológicas de la Salud.
- Grupo Fórmula. 29/02/12. Decomisan 18.3 kilogramos de metanfetamina en Sonora. Disponible en <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=228839> (fecha)
- Guerrero, Alejandro. Viernes 27 de mayo de 2011. Estratos medios en México y América Latina. *El Universal*. <http://www.eluniversal.com.mx/finanzas/86623.html> (fecha)
- Guevara, 2007. Pierre Bourdieu, una pequeña reseña en power point en *Algo más que Capital Simbólico*. Oaxaca, México, disponible en <http://www.geiuma-oax.net/Web/bourdieu.htm> [16 de mayo de 2011]
- Gutierrez, Alicia. 2003. "Con Marx y contra Marx": El materialismo en Pierre Bourdieu. *Revista Complutense de Educación* 14(2): paginas.
- Herr, Barbara y Laury Oks. 2003. *Risk, Culture, and Health Inequality, Shifting Perceptions of Danger and Blame*. USA: Praeger Publisher.
- Idelevich, Evgeny, Kirch, Wilhelm y Schindler, Christoph. 2008. Current pharmacotherapeutic concepts for the treatment of obesity in adults. *Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease* (3): 75-90.
- Industria farmacéutica, 2010. www.industriafarmaceutica.com. 2010. Ventas mundiales de medicamentos para un trillón de dólares para el 2014. <http://industriafarmaceutica.com/index.php?name=News&file=article&sid=1822>
- 2010. Novartis registra en 2008 un incremento record de 25 por ciento en sus dividendos. <http://industria-farmaceutica.com/index.php?name=News&file=article&sid=1580>
- 2010. Pfizer anuncia la compra de Wyeth. <http://industriafarmaceutica.com/index.php?name=News&file=article&sid=1571>
- 2010. En el primer semestre Bayer sube el beneficio neto un 27,3%. <http://industria-farmaceutica.com/index.php?name=News&file=article&sid=1893>

- , 2010. AstraZeneca incrementa su beneficio operativo un 6% en el segundo trimestre. <http://industria-farmaceutica.com/index.php?name=News&file=article&sid=1892>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2011 *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010*. México: INEGI. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/Enigh2010/tradicional/default.aspx>
- (INEGI). 2011. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/default.aspx>
- (INEGI). 2005. *IRIS-SCINCE 2005*. Software auto descargable. México. INEGI
- (INEGI). 2004. Sistema Estatal y Municipal de Base de Datos. <http://sc.inegi.org.mx/niveles/>
- Instituto Nacional de Salud Pública. 2006. <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-salud-y-nutricion-2006.html>
- Intellectual Property Watch. 2008. Proyecto de presupuesto fiscal de EEUU para 2009 indica que la observancia de la PI es una prioridad. 11 de febrero de 2008. <http://www.ip-watch.org/weblog/2008/02/11/proyecto-de-presupuesto-fiscal-de-eeuu-para-2009-indica-que-la-observancia-de-la-pi-es-una-prioridad/>
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). 2009. Directrices dirigidas a los gobiernos para prevenir la venta ilegal por Internet de sustancias sometidas a fiscalización Internacional. Legislación General sobre Internet y los servicios postales. http://www.incb.org/pdf/Internet_Guidelines/Internet_guidelines_Spanish.pdf
- Justo, Carolina, Carolina Spataro y Mauro Vazquez. 2008. *¿Qué ves cuando me ves? Imágenes de mujeres y modos de ver hegemónicos*. Argentina: Universidad de Buenos Aires..
- La Jornada. 09/02/2007. Cultura de la comida Light. Laura Poy Solano.
- Lamas, Martha. 1995. La perspectiva de género. *La Tarea. Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del Snte*. México. Sindicato Nacional de trabajadores de la Educación.
- Lang, Tim y Rayner, Geof. 2005. Obesity: a growing issue for European policy? *Journal of European Social Policy*. 15: 301-327
- Lara, Gabriela y Georgina Colín. Año. Sociedad de Consumo y Cultura Consumista. *Nueva Época*. 20 (55); 211-216.
- Laurell, Asa Cristina. 1982. La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos médicos sociales* (19):1-11.

- 2007. Health system reform in Mexico. A critical review. *Int J Health Serv.* 37 (3): 515-35.
- 2009. Altos costos de la atención médica, ganancias de la gran empresa. *La Jornada*, 10 de enero, <http://www.jornada.unam.mx/2009/01/10/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>.
- 2010. Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina Social.* 5 (1), 79-88.
- 2010. Investigación científica con fines de lucro. *La Jornada*, Viernes 04 de junio de 2010. México. UNAM. <http://www.jornada.unam.mx/2010/06/04/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>
- 2010. La Cofepris y la industria farmacéutica. *La Jornada*, Jueves 10 de junio de 2010. México, UNAM. <http://www.jornada.unam.mx/2010/06/10/index.php?section=opinion&article=022a1pol>
- La salud: del derecho a la mercancía. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Fundación Friedrich Hebert.
- Los subsidios al sector privado en salud. <http://www.jornada.unam.mx/2008/08/07/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>
- Lazar, Michelle. 2009. Entitled to consume: postfeminist femininity and a culture of post-critique. *Discourse & Communication.* (3): 371-400.
- Lora, Carmiña y Teresita Saucedo. 2006. Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al Índice de Masa Corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental* 29 (003): 60-67.
- Lugli, Zoraide y Eleonora Vivas. 2001. Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. *Salud Pública de México* 43 (1): 9-16.
- Mateu y Casal, 2003. Tamaño de la muestra. *Revista Epidemiológica de Medicina Preventiva* 1:8-14. Disponible en: <http://minnie.uab.es/~veteri/21216/TamanoMuestra3.pdf>
- Mazzoni, Fernando. 2002. El habitus y el espacio de los estilos de vida. Culto al cuerpo. *Alipso*. Argentina.
- Mc Phail, Elsie. 2002. Cuerpo y cultura. *Razón y Palabra. Primera Revista Electrónica en América Latina especializada en Comunicación.* No. 25. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n25/emcphail.html>
- Medel Julia, Díaz Ximena y Mauro Amalia. 2006. *CUIDADORAS DE LA VIDA. Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres.* Chile: Centro de Estudios de la Mujer – CEM.
- Menéndez, Eduardo. 2002. El malestar actual de la Antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico. *Revista de Antropología Social* 11: páginas

- 1985. Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*. VII (28): páginas.
- Misalario.2012. *Salarios mínimos en México. Zonas geográficas por municipios*. México. Mi Salario, ORG. Actualizado en febrero de 2012. Disponible en <http://www.misalario.org/main/salario-minimo/mexico-salarios-minimos/geographical-areas-by-municipalities>
- Molina Salazar, Raúl, Román Rubén Román, Miguel Ángel Ramírez y J.F. Rivas. 2002. Cuentas en salud y estimación del gasto en medicamentos en México. *Revista Ciencia Clínica*. 3(2): 95-101.
- Molina-Salazar, Raúl, Eloy González-Marín, y Carolina Carbajal-de Noca.. 2008. Competencias y precios en el mercado farmacéutico mexicano. *Salud Pública de México* 50 (Suplemento 4): 496-503.
- Moral, José. 2002. Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Revista Salud Pública y Nutrición* 3 (3): 1-10.
- Morales, Helda. 2007. Entre la vida académica y la vida familiar. Retos y estrategias de investigadores del sur de México. *Interciencia*. 33(11): 786-790.
- Moreno, Laura. 2007. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento- enfermedad-atención: Una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*.(49) :63-70
- Morrow, A. Raymond. 1994. *Critical Theory and Methodology. Contemporary Social Theory*. Vol. 3. Mark Gottdiener (Ed.) U.S.A: Sage Publications Inc.
- Mouffé, Chantal. 1999. Feminismo, Ciudadanía y Política Democrática Radical. Editora. *El Retorno de lo Político*. España: Paidós.
- Murugan AT y Sharma G. 2008. Obesity and respiratory diseases. *Chronic Respiratory Disease* (5): 233
- Organización Panamericana de la Salud. 2002. *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México*. México: Organización Panamericana de la Salud.
- Palop, Vicente, Ermengo Sempere, J.J. Hidalgo e Inocencia Martínez-Mirin. 2002. Anti-obesity drugs: Sibutramina and Orlistat. *Medicina Clínica* ().
- Papalia, Diane, Sally Wendkos y Ruth Duskin. 2005. *Desarrollo Humano*. 9ª Edición. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Pérez, Asier. 2008. Merleau Ponty: percepción, corporalidad y mundo. *Eikasia. Revista de Filosofía* IV(20): páginas.
- Pérez-Gil, Sara y Gabriela Romero. 2010. Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: Percepción y deseo. *Salud Pública de México* 52 (2): 111-18.
- Pérez, M. Moisés. 2011. La cultura Light. <http://www.monografias.com/trabajos10/light/light.shtml>

- Piñón, Maybel y Hernández, Cyntia. 2007. Ámbitos sociales de representación del cuerpo femenino. El caso de las jóvenes estudiantes universitarias de la ciudad de México. *Última Década*. V (27): 119- 39.
- Power, Carrie, Sally Miller y Patricia Alpert. 2007. Promising New Causal Explanations for Obesity and Obesity-Related Diseases. *Biological Research for Nursing* 8(3): 223-233.
- Reforma 02/enero/2012. Inicia el año con calor en Sonora. Rolando Chacón.
- Ritzer, George. 1999. *Teorías sociológica contemporánea*. 3ra Ed. España: McGraw-Hill.
- Rivarola, María y Fabricio Peña. 2006. Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 8 (002): 61-72.
- Rudd, Nancy y Lennon Sharron. 2000. Body Image and Appearance-Management Behaviors in College Women. *Clothing and Textiles Research Journal* 18: 152-162
- Ruíz, Ana. 2007. Detección de trastornos alimentarios y su relación con el funcionamiento familiar. *Episteme* 3 (3): 1-11.
- Sáez, Soledad y Carmen Maganto. 2002. Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada* 55 (3): 455-473.
- Saidel, nombre. 2009. Comentarios sobre la Distinción de Pierre Bourdieu. En *Prácticas de Oficio. Investigación y Reflexión en Ciencias Sociales*. No. 5
http://sumitalia.academia.edu/MatiasSaidel/Papers/439236/Comentarios_Sobre_La_Distincion_De_Pierre_Bourdieu
- Salazar, Zaida. 2008. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Revista Reflexiones* 87 (2): 67-80.
- Sánchez, José. 2002. *Psicología de los grupos. Teorías, procesos y aplicaciones*. España: Mc Graw Hill/Interamericana de España.
- Sandoval, San Martin y Maria Richard, 2005. *La salud mental en México*. Servicio de Investigación y Análisis. México: Dirección General de Bibliotecas SIID, Cámara de diputados. LIX Legislatura. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Sandoval, Sergio, Sandra Domínguez y Anayeli Cabrera 2009. De golosos y tragones están llenos los panteones. Cultura y riesgo alimentario en Sonora. *Estudios Sociales*. 17(número): 158-170.
- Santos-Silva, AP Oliveira , CR Pinheiro , A. L.Nunes y Freitas. 2011. Effects of tobacco smoke exposure during lactation on nutritional and hormonal profiles in mothers and offspring. *Journal of Endocrinology* (209): 75-84
- Schildrick, Margrit y Janet Price. 1999. *Feminist theory and the body. A reader*. New York: Routledge.

Schütz, Todd K. Shackelford, Sheeba Shashidharan, Franco Simonetti, Dhachayani Sinniah, Mira Swami, Griet T. Proyer, Katinka Quintelier, Lina A. Ricciardelli, Malgorzata Rozmus-Wrzesinska, Willibald Ruch, Timothy Russo, Astrid McKibbin, Alex Mussap, Félix Neto, Carly Nowell, Liane Peña Alampay, Subash K. Pillai, Alessandra Pokrajac-Bulian, René Lönnqvist, Christy Lopez, Lynn Loutzenhiser, Natalya C. Maisel, Marita P. McCabe, Donald R. McCreary, William F. Johansson, Jaehee Jung, Askin Keser, Uta Kretzschmar, Lance Lachenicht, Norman P. Li, Kenneth Locke, Jan-Erik Greven, Jamin Halberstadt, Shuang Hao, Tanja Haubner, Choon Sup Hwang, Mary Inman, Jas Laile Jaafar, Jacob Brännström, John Cunningham, Dariusz Danel, Krystyna Doroszewicz, Gordon B. Forbes, Adrian Furnham, Corina U. Viren Swami, David A. Frederick, Toivo Aavik, Lidia Alcalay, Jüri Allik, Donna Anderson, Sonny Andrianto, Arvind Arora, Åke, Vandermassen, Marijke van Duynslaeger, Markku Verkasalo, Martin Voracek, Curtis K. Yee, Echo Xian Zhang, Xiaoying, Zhang and Ivanka Zivcic-Becirevic. 2010. The Attractive Female Body Weight and Female Body Dissatisfaction in 26 Countries Across 10 World Regions: Results of the International Body Project I. *Personality Social Psychology Bulletin* (36): 309-325.

Secretaría de Salud Pública, 2010. *Acuerdo Nacional para la salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Acuerdo%20Original%20con%20creditos%2015%20feb%2010.pdf>

Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora. 2006. *Proyecciones de la población sin seguridad social según municipio y edad quinquenal*. México. Disponible en <http://www.saludsonora.gob.mx/descargas/estadisticas/PobSinSegSocSon2006.pdf>

----- 2003. *Anuario estadístico de Sonora*. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. <http://www.saludsonora.gob.mx/estadisticas>

Sémbler, Camilo. 2006. *Estratificación social y clases sociales. Una revisión analítica de los sectores medios*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Seppilli, Tulio y Otegui, Rosario. 2005. Antropología Médica Crítica. Presentación. *Revista de Antropología Social* (14): 7-13.

Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). 2010. <http://www.sinais.salud.gob.mx/#>

Southard, Veronica, Arti Dave y Peter Douris. 2010. Exploring the Role of Body Mass Index on Balance Reactions and Gait in Overweight Sedentary Middle-aged Adults: A Pilot Study. *Journal of Primary Care & Community Health* (1): 178-?

Strat-Cons. 2006. http://blogs.strat-cons.com/?page_id=95

Stratus Consulting Inc., Universidad Nacional Autónoma de México y El Colegio de Sonora. 2004. *Adaptación al Cambio Climático: Hermosillo, Son., un caso de estudio*. México: Instituto Nacional de Ecología, Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y United States Environmental Protection Agency.

Tajer, Debora, 2005. Experiencias de Movilizaciones contra los efectos de la Globalización en Salud: Latinoamérica. La medicina Social Latinoamericana en los 90: hechos y desafíos. En

Salud y Globalización, compilado por Sánchez Bayle y Colomo, páginas del capítulo. España: Ediciones FADESP.

- Tépach, Reyes. 2010. El Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2010-2011. LXI Legislatura Cámara de Diputados. México. <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/se/SE-ISS-40-10.pdf>
- Tomás, Francisco. 2009. El dualismo Objetivismo-Subjetivismo. La —práctica” como eje en las propuestas de Antonio Gramsci y Pierre Bourdieu. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 22(2): páginas.
- Troop, Jason y Murphy, Keith. 2002. Bourdieu and phenomenology A critical assessment. *Antropological Theory* 2 (2) 185-207.
- Tyler, Chermaine, Johnston, Craig A. y Foreyt John P. 2007. Themed Review: Lifestyle Management of Obesity. *American Journal of Lifestyle Medicine* (6): 423-429
- Universo PYME. 2012. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Cifras durante el cuarto trimestre del 2007. Disponible en http://www.universopyme.com.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=1477
- Urquía, nombre. 2006. Modelos alternativos en epidemiología social : Editorial
- Unikel-Santoncini, Claudia, Letza Bojórquez-Chapela y Silvia Carreño-García. 2004. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México* 46 (6): 509-15.
- Vadillo, Miguel Ángel. 2004. La disonancia cognitiva, o cómo el ser humano se convierte en esclavo de sí mismo. *Psicoteca*. Volumen (numero): página. <http://paginaspersonales.deusto.es/matute/psicoteca/articulos/Vadillo04.htm>
- Wyszynski, Diego. 2011. *Taller de Farmacoepidemiología*. Material electrónico de Curso de Verano. México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Zoeller, Robert F. 2007. Physical Activity and Obesity: Their Interaction and Implications for Disease Risk and the Role of Physical Activity in Healthy Weight Management. *American Journal of Lifestyle Medicine* 1(6): 437-445.

Apéndice I: Cuestionario para la recolección de datos cuantitativos.

Instrucciones: Tenga la seguridad de que los siguientes datos serán usados con discreción. Esta entrevista nos llevará aproximadamente unos 20 minutos. No es necesario que diga su nombre. La información recabada nos servirá para conocer acerca de lo que hacemos las mujeres para adelgazar, le pedimos que responda con la mayor sinceridad posible. Gracias.

1. En los últimos 6 meses, ¿ha usado algún medicamento, cosmético o prenda de vestir o calzar para adelgazar?

Si	<input type="checkbox"/>	→ Pase a la pregunta 3
No	<input type="checkbox"/>	→ Continúe 2. ¿Por qué?

Para llenarse al final.

Folio:

No me interesa ¹		Porque no tengo dinero ⁷	
No los necesito ²		Porque no tengo tiempo ⁸	
No sirven ³		Porque se me olvida tomarlos/usarlos ⁹	
Ya estuve en un(os) tratamiento(s) y no me funcionó ⁴ Especifique: _____ _____		Porque hay otras medidas eficaces para adelgazar/estoy haciendo otras cosas ¹⁰ Especifique: _____ _____	
No creo que me sirvan a mi ⁵		No contestó ¹¹	
Ya estuve en un tratamiento y funcionó/ya no lo necesito ⁶ Especifique: _____ _____		Otro: _____ _____	
Favor de NO continuar. ¡Gracias!			

3. ¿Por qué motivo quiere/quiso adelgazar?

Por salud ¹		Porque es importante en mi trabajo dar buena imagen ⁵	
Para prevenir/disminuir enfermedades ²		Porque ya me cansaba/sentía mal ⁶	
Para verme mejor/más bonita/sexy ³		Para seguirle gustando a mi pareja ⁷	
Porque la ropa ya no me quedaba ⁴		Porque traía sobrepeso ⁸	
Otro:			

Datos sociodemográficos

4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera ¹	
Casada ²	
Unión Libre ³	
Separada ⁴	
Divorciada ⁵	
Madre soltera ⁶	
Viuda ⁷	
No contestó ⁸	
Otro (Especifique):	

5. ¿Qué religión practica?

Ninguna ¹	
Otra:	

6. ¿Cuál fue su último año escolar cursado?

Primaria ¹	
Secundaria ²	
Preparatoria o carrera técnica ³	
Universidad ⁴	
Posgrado ⁵	
No contestó ⁶	
Otro (Especifique)	

7. Lugar de nacimiento:	
--------------------------------	--

8. Migración (Años viviendo en Hillo)	
Toda la vida, de aquí soy ¹	
Menos de un año ²	
De un año a 5 años ³	
Más de 5 años ⁴	
No contestó ⁵	
Otro (Especifique)	

9. ¿Tiene actualmente un empleo remunerado o autoempleo?

Si		→ Continúe
No		→ PASE A LA P.11

10. ¿En qué trabaja?

Desde la casa ¹		Ventas/por mi cuenta ⁴	
En dependencia de gobierno ²		Soy empresaria ⁵	
En una empresa particular ³		Otro: ⁶	

Características del consumo.

11. ¿Qué es lo que ha usado/está usando para adelgazar durante este año? (Si es más de un producto, asignar un número ordinal diferente a cada uno)

Pastillas, cápsulas o inyecciones ¹		Ungüentos, crema o gel ³		Faja, corsé, venda o ropa ⁵	
Licuada, infusiones o suplementos alimenticios ²		Tenis o calzado ⁴		Otro: ⁶	

12. ¿Desde cuándo lo consume?

	Anotar el(los) número(s) correspondiente(s):
Hace menos de 6 meses ¹	
De 6 meses a un año ²	
Más de un año ³	
No contestó ⁴	

13. ¿Con qué frecuencia lo(s) usa o toma?

Una vez por mes o menos ¹	1 vez por semana ²	De 1 a 3 veces por semana ³	De 3 a 6 veces a la semana ⁴	Una o más veces al día día ⁵

14. ¿Cómo se enteró de él(ellos)?

	Número(s):
En mi clínica o centro de salud ¹	
Pase a pregunta 15	
Me lo recetó un médico particular/similares ²	
En una farmacia me lo ofrecieron ³	
En una farmacia, yo les pregunté a ellos qué tenían ⁴	
Lo fui a comprar luego de verlo en un anuncio (tv, revista) ⁵	

Lo vi/compré en el supermercado ⁶	
Venía en un catálogo de productos ⁷	
En mi colonia se anda vendiendo/promoviendo ⁸	
Me lo regalaron ⁹	
Escuché u observé que alguien lo estaba usando/tomando e investigué el nombre ¹⁰	
Investigué (en internet) que era lo más usado y lo compré ¹¹	
Otro:	

15. ¿Cuánto cuesta(n)?

Producto 1:	Producto 2:
\$ _____ y me dura/duró _____ días	\$ _____ y me dura/duró _____ días
Producto 3:	Producto 4:
\$ _____ y me dura/duró _____ días	\$ _____ y me dura/duró _____ días

16. Ese precio le parece...

Barato ¹	Accesible ²	Regular ³	Un poco caro ⁴	Caro ⁵

17. ¿A qué servicio de salud se encuentra afiliada?

A ninguno (consulta particular) ¹	Seguro Popular ⁵
IMSS ²	Seg de gastos médicos mayores ⁶
ISSSTE ³	No contestó ⁷
ISSSTESON ⁴	Otro:

18. Si usted está afiliada a un centro de salud, ¿procuró que este(os) producto(s) u otros para adelgazar, se lo dieran allí?

Si	→	¿Por qué?
No	→	

19. Si un médico le recomendó el tratamiento, ¿de qué especialidad es?

Médico general o familiar ¹	Internista ⁶
Endocrinólogo(a) ²	Químico laboratorista ⁷
Ginecólogo(a) ³	Farmacéutico ⁸
Nutriólogo(a) ⁴	No es médico, es un empleado de la tienda ⁹
Ortopedista ⁵	No es médico, es un(a) usuario(a) ¹⁰
Otro (Especifique):	

20. ¿Recuerda algo significativo que haya ocurrido en la consulta con el médico o durante la compra en la farmacia/supermercado?

Que me pesó y me midió ¹	Que no me pesó ni me midió ⁹
Que me puso a dieta ²	Que me regañó y me dijo que no sabía comer ¹⁰
Que fue amable/lindo(a) ³	Que quien me atendió fue grosero/pedante ¹¹
Que me mandó a hacer estudios ⁴	Que no me mandó hacer ningún estudio ¹²
Que me envió con otro especialista ⁵	Que no me mandó con algún especialista ¹³
Que me dio información útil ⁶	Que nomás hizo la receta/Que nomás me entregó la caja ¹⁴
Que me recetó sólo medicina	Que me indicó el nombre genérico y me dijo

de patente ⁷		que comprara la marca que quisiera ¹⁵	
Que nomás le dije a qué iba, hizo la receta ⁸		Nada significativo/No recuerdo	
Otro (Especifique)			

21. Además del tratamiento, el médico/empleado ¿le dio alguna otra recomendación o indicación?

Si	→ Continúe
No	→ PASE A LA PREGUNTA 23

22. ¿Cuál fue la indicación/recomendación?

Que hiciera ejercicio ¹		Que me hiciera/valorara la posibilidad de una cirugía ⁵	
Que llevara dieta ²		Que hiciera cambios en los hábitos de mi familia ⁶	
Que estuviera pendiente de cambios en mi organismo ³		Que la prenda tenía un período de garantía para reclamar o devolverla ⁷	
Que leyera/investigara más ⁴		Ninguna/No me dijo nada más ⁸	
Otro(Especifique):			

23. ¿Con qué servicios o actividades combina/combinó el uso de este(os) producto(s)?

Con ninguno/no hago nada más ¹		Salgo a caminar/correr ⁷	
Me pongo agujas (acupuntura) ²		Voy al gimnasio ⁸	
Me dan masajes reductivos ³		Hago ejercicio regularmente ⁹	
Me hice/me van a hacer una cirugía (liposucción, lipoescultura, etc.) ⁴		Voy a un spa/sauna ¹⁰	
Voy con un(a) dietista ⁵		No contestó ¹¹	
Llevo terapia psicológica ⁶		Otro:	

Percepción de la eficacia.

24. ¿Qué tan efectivo(s) cree usted que ha(n) sido este(os) producto(s) desde que lo usa?

Muy poco efectivo ¹	Poco efectivo ²	Regular ³	Efectivo ⁴	Muy efectivo ⁵

25. Sabe usted, ¿Cuánto peso ha perdido y en cuánto tiempo, a partir del uso del(os) producto(s)?

Si	→ ¿Cuántos kilos? _____ ¿En cuánto tiempo?: _____
No	

26. ¿Ha pensado en dejar de consumirlo(s)?

Si	→ Continúe, pregunta 27
No	→ PASE A LA PREGUNTA 29.

27. ¿Por qué?

Porque me siento rara/mal/hay reacciones colaterales ¹ Continúe, pregunta 28		Porque ya supe de algo que es más efectivo o rápido ⁵ Pase a la pregunta 29	
Porque tengo mucho tiempo tomando/usándolo ² Pase a la pregunta 29		Porque es(son) muy incómodo(s) ⁶ Pase a la pregunta 29	
Porque ya llegué a mi peso ideal ³ Pase a la pregunta 29		Porque es(son) un fraude ⁷ Pase a la pregunta 29	
Porque es enfadoso estar tomando/preparándolo diario ⁴ Pase a la pregunta 29		Otro: Pase a la pregunta 29	

Percepción de riesgo.

28. ¿Qué malestares ha tenido?

	Si		Si
Pérdida severa del apetito ¹		Desmayos/baja en el azúcar ⁹	
Depresión ²		Ansiedad ¹⁰	
Agresividad ³		Sangre en la orina o en las heces ¹¹	
Fatiga o cansancio ⁴		Insomnio ¹²	
Presión arterial alta ⁵		Diarreas ¹³	
Presión arterial baja ⁶		La prenda no me deja respirar ¹⁴	
Me duele la espalda ⁷		Me da calor ¹⁵	
Orino demasiado ⁸		Ninguno ¹⁶	
Otro (Especifique):			

29. ¿Cree que el uso de este(os) producto(s) pone en riesgo su salud?

Si	
No	

→ PASE A LA PREGUNTA 31.

30. ¿Qué tipos de riesgos puede provocar?

Riesgos cardiacos o coronarios ¹		Reacciones alérgicas ⁵	
Estreñimiento y dificultades intestinales ²		Riesgos sólo si pierdo demasiado peso en muy poco tiempo ⁶	
Deshidratación ³		No se ⁷	
Pérdida severa del apetito ⁴		Otro:	

31. ¿Cuál(es) riesgo(s) no está dispuesta a asumir aunque su tratamiento fuera muy efectivo y estuviera adelgazando rápido?

Que me doliera mucho ¹		Que me deprimiera o diera sueño ⁵	
Que me quedaran cicatrices o manchas permanentes ²		Que me sintiera muy ansiosa o irritable ⁶	
Que empezara a tener reacciones alérgicas ³		Cualquier cosa grave, que requiriera hospitalización ⁷	
Que ya no me diera hambre ⁴		No contestó ⁸	
Otro (Especifique):			

32. ¿Puede nombrar 3 contraindicaciones, es decir, situaciones en las que no se debe tomar/usar el(los) producto(s)?

--	--

Percepción social.

33. ¿Por qué cree usted que es importante para las mujeres estar delgadas?

Por salud ¹		Porque es importante para mi trabajo dar buena imagen ⁵	
Porque ayuda a prevenir enfermedades ²		Porque en un mundo agitado hay que ser ágil/para no cansarse ⁶	
Porque nos vemos mejor/más bonitas/sexys ³		Para seguirle gustando a mi pareja ⁷	
Porque es más fácil encontrar ropa/que la ropa se me vea bien ⁴		Porque la gente gorda sufre mucho ⁸	
Otro:			

34. ¿Qué piensa acerca de las siluetas de las modelos, actrices, cantantes y conductoras que se ven en los medios de comunicación?

Que son irreales/ son mujeres que están muy operadas o que les ayuda la iluminación/las fabrican, pero en la vida real no son tan bonitas ¹		Que marcan la pauta en la moda/las mujeres (o adolescentes) quieren ser como ellas ⁴	
Que no corresponden a la mayoría de cómo somos las mujeres mexicanas. ²		Que eligen a las más bonitas y por eso están en ese medio ⁵	
Que son mujeres que pueden estar así de bellas porque de eso viven/invierten gran cantidad de dinero en su cuerpo/si nosotras gastáramos eso, estaríamos igual. ³		Que son bellas y yo quiero parecerme/son lo máximo/ojalá pudiera ponerme/verme así ⁶	
Otro:			

35. ¿Qué puede hacer una mujer en caso de que un medicamento o producto comprado no produzca el efecto deseado?

Ir y decirle al médico que se lo recetó lo que está pasando ¹		Avisar a otras mujeres, para que se alerten y no lo usen ⁵	
Reclamar en la farmacia donde lo compró ²		Dejar de consumirlo ⁶	
Hablar y/o poner la queja al laboratorio al que pertenece ³		Investigar en internet ⁷	
Ir a algún médico o centro de salud, aunque no se lo hayan dado allí o aunque me haya automedicado ⁴		Otro:	

Datos clínicos.

36. ¿Podría decirme alguno de los siguientes datos acerca de su historial clínico?

Peso actual: ¹	Cirugías: ⁵
Talla actual: ²	Alergias: ⁶

Presión sanguínea regular: ³	Padecimientos crónicos: ⁷
Antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas en tu familia: ⁴	Otro: ⁹

Percepción corporal y autoconcepto.

37. ¿Cómo considera su complexión o forma de cuerpo?

Muy delgada ¹	Delgada ²	Regular o Promedio ³	Gruesa ⁴	Muy gruesa ⁵

38. ¿Cómo se siente usted con su complexión?

Muy mal ¹	Mal ²	Regular ³	Muy bien ⁴	Excelente ⁵

¡Muchas gracias!

Observaciones del(a) entrevistador(a):

Fecha: _____ Hora: _____

Apéndice II: Guía de entrevista semiestructurada.

TRABAJO

- ¿Dónde trabaja?
- ¿Desde cuándo trabaja?
- ¿Puede platicarme algunas de sus funciones y responsabilidades en el trabajo?

TIEMPO LIBRE.

- ¿Qué hace regularmente después de terminar su jornada diaria de trabajo?
- ¿Asiste usted de manera periódica a algún centro deportivo?

NOCIONES Y CUIDADO DE SALUD.

- ¿Qué es la salud para usted?
- ¿Qué hace para mantener su cuerpo saludable?
- ¿Quién es responsable de su salud?
- ¿A qué instituciones acude para atender su salud?, ¿cómo es atención en ese lugar?
- ¿Cree usted que el proceso de adelgazar es un proceso que conduce a la salud?, ¿por qué?
- ¿Qué pasa con nuestra salud si no estamos delgadas?
- ¿Existirán formas de adelgazar que, por el contrario, pongan en riesgo nuestra salud?, ¿cuáles?
- ¿Qué formas de adelgazar conoce que nos ponen en riesgo? (describir las formas y los riesgos), ¿conoce usted personas que hayan padecido algunos de estos problemas (o trastornos, si la persona dijo que sí)?
- *(CONSEJERÍA Y EXPERTOS)* ¿Cómo se determina si una persona esta saludable o enferma?
- ¿Cómo sabe usted si su peso está normal o excedido?, ¿conoce usted la diferencia entre obesidad y sobrepeso?, ¿puede calcular a simple vista si una persona tiene sobrepeso?
- ¿Qué es lo que nos recomiendan los expertos para mantenernos en nuestro peso adecuado?, ¿dónde ha escuchado esto?
- ¿Lee usted acerca de los tratamientos que existen para adelgazar?, ¿dónde?
- ¿Qué tipo de publicaciones o programas le gustan a usted ver para enterarse de cómo mantenerse en forma?
- ¿Hay algún experto en salud cercano con el que usted consulte estos temas?, ¿Quién?, ¿Tiene alguna especialidad médica?

DIETA

- Regularmente, ¿qué come?, ¿qué prefiere comer?
- ¿Hay algo que no le guste en cuanto a su forma de comer?, ¿Ha ocurrido algo en su dinámica familiar que la obligue a comer de alguna forma que no le guste?
- Si tuviera todo el dinero del mundo para comer lo que quisiera. ¿Cómo sería un día glorioso de comida para usted?
- ¿Cree usted que existan alimentos prohibidos para usted?, ¿por qué?
- ¿Qué come durante los fines de semana y en sus días de descanso?, ¿quién prepara su comida?, ¿dónde la compra?
- ¿Qué significa para usted comer bien?, ¿Qué hace todos los días al respecto?

EJERCICIO.

- ¿Hace usted ejercicio?
- ¿Con cuánta frecuencia hace?, ¿qué tipo de ejercicio hace?, ¿por qué elige hacer este tipo de ejercicio y no otro?
- ¿Cuál es el tipo de ejercicio que cree usted más recomendable para mujeres como usted?

NOCION DE BELLEZA.

- ¿Qué puede hacer una mujer para mantenerse bella en general?
- ¿Existen las mujeres feas?, ¿cómo sería una mujer fea?, ¿puede darme un ejemplo?
- ¿Qué personaje vivo o muerto sería un modelo de belleza para usted?, ¿por qué?

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO.

- ¿Cómo debiera ser una mujer en su trabajo?, ¿Cuál es el arreglo personal adecuado para una mujer que trabaja fuera del hogar?
- ¿Existirá alguna diferencia entre ese arreglo y el que deba darse para su esposo /pareja?, ¿cuáles?
- ¿En alguna ocasión se ha sentido sexy o atractiva?
- ¿Hay alguna diferencia entre el cuidado que la mujer le da al cuerpo cuando está soltera que cuando se ha casado o emparejado?, ¿cuál?, ¿a qué cree que se deba?
- ¿Hay alguna diferencia entre el cuidado que la mujer le da al cuerpo cuando ha tenido hijos que cuando no ha los ha tenido?, ¿cuál?, ¿a qué cree que se deba?
- ¿Qué tanto debe “enseñar” una mujer de su cuerpo a los demás?, ¿por qué?

MATERNIDAD (SOLO PARA LAS MAMÁS).

- ¿Cuántos hijos tiene?, ¿padeció usted algún tipo de riesgos o enfermedades durante el embarazo?,

- ¿Fue(ron) embarazo(s) planeado(s)? SI DICE NO, ¿cómo se sentía usted al respecto?
- ¿Qué significa para usted la experiencia de la maternidad?
- ¿Qué situaciones o cosas de la maternidad le disgustan?
- ¿Cree usted que sus hábitos cambiaron con la maternidad?, ¿en qué forma?
- ¿Su cuerpo cambió con la maternidad?, ¿cómo?

ADELGAZAMIENTO:

- ¿Ha tenido usted períodos en su vida en donde su cuerpo fue como usted quiso?, ¿en qué momento?, ¿cómo era su cuerpo?, ¿qué le gustaba hacer cuando se veía así?
- ¿Considera que su cuerpo ha cambiado drásticamente?, ¿a qué lo atribuye?
- ¿Cuál sería para usted el tipo de cuerpo ideal en las mujeres de su edad?
- ¿Por qué cree usted que a algunas mujeres nos cuesta trabajo adelgazar?
- ¿Cómo considera actualmente su peso?, ¿Y su talla?
- ¿Le serviría adelgazar en su vida personal?, ¿para qué?
- ¿Qué significa estar/ser delgada?,
- ¿Qué significa para usted tener sobrepeso?
- ¿Cuándo compró por primera vez algo con la intención de estar/mantenerse delgada?
- ¿Cree usted que en su caso —un batallado” con el peso?
- ¿Cómo fueron sus primeros intentos de bajar de peso?
- ¿Recuerda usted alguna persona cercana que haya padecido de sobrepeso u obesidad?, ¿cómo era vista esa persona?, ¿qué se decía de ella?, ¿cuáles fueron las consecuencias de su sobrepeso?
- ¿Recuerda a alguien que haya perdido sobrepeso de manera ejemplar?, ¿cómo fue ese proceso de adelgazamiento?
- ¿Qué partes le gustan de su cuerpo?, ¿por qué?
- ¿Qué partes no le gustan?, ¿por qué?
- Si pudiera cambiar o transformar su cuerpo, ¿qué le gustaría hacer?, ¿cómo lo haría?
- Suponga que tiene ese cuerpo ideal, ¿ahora qué haría con él?
- (*EXPERTOS*) ¿Ha visitado algún profesional de la salud especialmente para adelgazar?, ¿A quién?
- ¿Qué profesionista cree que es el más adecuado para ayudarnos a las mujeres a bajar de peso?
- ¿Qué tipo de tratamiento recibió?; Si dice que no... ¿por qué?, ¿qué le haría falta para hacerlo?, ¿cree usted que al hacerlo su salud fuera diferente?, ¿en qué sentido?

- *(ADHERENCIA AL TRATAMIENTO-SOLO PARA QUIENES HAN ACUDIDO A BIOMEDICOS)* ¿Cuánto tiempo duró su tratamiento?, ¿llevó el tratamiento “al pie de la letra”?
- Si si lo llevo, ¿le costó algún trabajo?, ¿cuál?, ¿qué le favoreció completar su término?, ¿tuvo algún costo para usted?, ¿este gasto afectó sus ingresos?
- Si no lo llevó, ¿qué fue lo que pasó?, ¿qué le hubiera ayudado a terminarlo?
- *(INFORMACION)* ¿Cómo se entera usted de los productos para adelgazar?,
- ¿Quiénes cree que diseñan los productos para adelgazar?, ¿quiénes los comercializan?, ¿por qué se venden?,
- ¿Cree usted que todo lo que anuncian los productos para adelgazar son verdad?, ¿por qué?
- ¿Asiste a lugares donde las personas hablen de productos y servicios para adelgazar?, ¿a cuáles?
- *(REPRESENTACIONES)* ¿Qué siente cuando ve a una persona obesa?
- ¿Qué siente cuando ve a una persona delgada?
- ¿Cómo se siente usted cuando observa que un producto para adelgazar está haciendo el efecto deseado?, ¿lo recomienda?, ¿a quiénes?
- ¿Qué se siente estar bajando de peso?
- ¿Qué siente usted, cuando por el contrario, la ropa le queda apretada?

APOYO Y PRESION SOCIAL.

- ¿Ha habido personas que le recomienden que adelgace?, ¿Quién(es)?
- ¿Cómo se siente usted con eso?
- ¿Recibe usted apoyo por parte de su familia en los intentos por adelgazar?, ¿qué tipo de apoyo (cuáles)?
- ¿Con qué frecuencia visita a sus amigas?, ¿sale a divertirse con ellas?, ¿Habla de temas de salud con ellas(os)?, ¿ha comentado el uso de estos productos con ellas?
- ¿Hay personas con las que usted cuenta para hacer ejercicio o ir a caminar?
- ¿Necesita que le financien algún tratamiento para adelgazar?, ¿Quién le podría financiar algún proceso para bajar de peso como entrar al gimnasio o llevar una dieta especial?
- ¿Hay personas que la hayan criticado por sus intentos de adelgazar?, ¿qué le han dicho?
- ¿Cree usted que su silueta es observada cuando sale de paseo o de compras?, ¿En qué se fijan los demás?, ¿Qué tan frecuente puede ser esto?
- *(SOLO PARA LAS MUJERES SOBREPESADAS)* ¿Cree usted que pueden existir personas “rueles” con las personas con sobrepeso?, ¿qué ha escuchado que dicen?, ¿le han dicho algo desagradable a usted?

CONSUMO:

- Si pudiera, ¿qué servicios de belleza se haría?
- ¿Dónde compró su último tratamiento para adelgazar?
- ¿En qué consiste?, ¿puede explicarme cómo lo usa?
- ¿Cuánto le costó?
- (*CERCANÍA, ACCESO Y OFERTA*) ¿Cuánto está dispuesta a gastar por este tipo de producto(s)?
- ¿Hay algún producto para el cuerpo que usted se haya querido comprar y no le ha alcanzado el dinero?, ¿puede decirme qué?
- ¿Dónde puede conseguir este tipo de productos en oferta?, ¿Hay alguna forma de conseguirlos todavía más baratos?
- ¿Cuál de los productos para adelgazar consigue usted en el supermercado? Cuando los compra en el súper, ¿es porque va al surtir despensa o hace algún viaje especialmente para ello?
- ¿Ha comprado algún tipo de producto solo por curiosidad?
- Si el producto que usted compró en el súper se le acaba y cuando vuelve al lugar ya no hay en existencia, ¿qué hace?
- (*COSTE-RIESGO*) ¿Qué clase de riesgos cree que tiene con SU producto para adelgazar?
- ¿Cómo se siente usted cada vez que utiliza algún producto y fracasa en su intento de adelgazar?
- ¿Considera efectivo el tratamiento que está usando?, ¿por qué?
- Si lo considera efectivo, ¿para qué existirán otros servicios como el gimnasio o el yoga?.
- Si usted sospecha antes de comprar algo que puede no funcionar, ¿para qué comprarlo?

DATOS GENERALES.

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Cuántos años tiene?
- ¿Podría decir a qué religión pertenece?
- ¿Con quién vive en su casa?
- ¿Cuál es su escolaridad?, ¿Qué estudió (en caso de tener carrera profesional)?
- ¿A qué se dedica?



Apéndice III: Consentimiento Informado

Entrevistada No. _____

Buen día.

A usted se le está invitando a participar de manera voluntaria en una investigación de ciencias sociales de El Colegio de Sonora. Antes de aceptar nuestra entrevista, es importante que conozca para qué será utilizada su información y comprenda sus derechos como informante. Siéntase con la libertad de preguntarme sobre cualquier duda que vaya teniendo y aclarar aquello que no haya comprendido. Una vez que le haya explicado el procedimiento del estudio, y si usted sigue interesada en participar, se le pedirá que firme este documento y usted podrá quedarse con una copia fechada y firmada para cualquier aclaración posterior.

Nuestra investigación se titula “Consumo de productos para adelgazar en mujeres de estrato socioeconómico medio en Hermosillo, Son”. Se trata de un estudio realizado exclusivamente con mujeres de 30 a 45 años de edad, que viven en zonas específicas de la ciudad que, según el INEGI, se tratan de manzanas o colonias correspondientes al estrato medio, como es el caso de este domicilio.

Uno de los objetivos de la investigación es conocer cómo ocurre el consumo que hacen las mujeres de diversos productos con la intención de adelgazar, es decir, qué compran, dónde lo hacen, cómo llegan a esa decisión, qué tan importante es para ustedes estar delgadas y para qué les ha servido lo que compraron, además de necesitar conocer algunos otros datos de su vida laboral y personal. Para ello le solicitamos a usted ésta entrevista y le pedimos nos informe de sus experiencias al respecto. Se trata de una investigación teórica, no realizaremos con usted ningún experimento y no se le buscará con intenciones posteriores de que participe en alguna actividad o tenga que comprar o vender algo.

El procedimiento es sencillo, yo le haré algunas preguntas ya determinadas y esperaré a que usted las responda con la mayor honestidad posible. Durante ese período, estará la grabadora de voz prendida, ya que sus argumentos y sus experiencias son muy importantes para nosotros y es primordial poder recordar cada respuesta que usted nos asigne. Posteriormente, esta grabación se transcribirá a texto y desde el momento mismo de la transcripción, al transcriptor –que se trata de una persona que radica fuera de la ciudad- se le dará la instrucción de cambiar su nombre y sus datos de identificación por otros que ya fueron determinados en un código, a fin de proteger y garantizar su identidad. Como sus respuestas son anónimas, usted podrá sentirse con toda la libertad de dar sus opiniones, cuestionamientos, críticas, y decir todo aquello que necesite decir.

Su información, pasada al escrito, se trabajará después a manera de análisis y servirán para responder a las preguntas de investigación de mi tesis. Una tesis es un documento formal que generalmente se imprime y se publica –a través de las bibliotecas y de fuentes de

información-, pero en dicho documento en ningún momento podrá aparecer su nombre dentro del cuerpo del trabajo, ni mucho menos sus datos de ubicación geográfica.

Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar y hablarnos de sus experiencias, por ello, le estoy muy agradecida en habernos dado el espacio para conversar y le informo que si en algún momento se siente cansada o quiero interrumpir la entrevista, tiene el derecho también de hacerlo. Ninguna de sus respuestas será juzgada, no existen respuestas buenas o malas para lo que se le pregunte, solamente experiencias y percepciones. Y si en algún momento usted llegara a sentir algún malestar por mi persona y/o mi forma de conducirme hacia usted, puede acudir a la institución y levantar un reporte de mi comportamiento ante la dirección del proyecto de investigación, que en este caso está a cargo de:

Dra. María del Carmen Castro Vásquez
Investigadora de El Colegio de Sonora,
Avenida Obregón # 54
Col. Centro, Hermosillo, Son.
C.P. 83000, Tels. (662) 2-59-53-00 Ext. 2253
Correo electrónico: ccastro@colson.edu.mx

Finalmente, le hago las siguientes aclaraciones a fin de evitar confusiones o problemas:

- La información que nos proporcione no nos compromete a nosotros a prestarle algún servicio en retribución, así como tampoco habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar darnos la entrevista.
- Durante el transcurso del estudio, usted podrá solicitar información a la entrevistadora o a la coordinación del proyecto de investigación acerca de la evolución del mismo.
- Usted podrá solicitar, si lo desea, una copia del audio de grabación, o bien, el texto por escrito de la entrevista. Así como consultar las conclusiones de la investigación a través de la revisión del libro de tesis de maestría, que estará disponible posteriormente en la biblioteca de El Colegio de Sonora, en la dirección proporcionada anteriormente.
- Usted no tiene que hacer ningún gasto o inversión alguna para este proyecto, excepto el tiempo estimado de la entrevista que es de aproximadamente una hora y media.

Si no tuviera dudas, ni preguntas acerca de su participación en el proyecto, puede firmar a continuación la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He

sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio “Consumo de productos para adelgazar en mujeres de estrato socioeconómico medio de Hermosillo, Son” pueden ser publicados o difundidos con fines científicos siempre que mi identidad esté resguardada y la información que proporcione sea tratada con confidencialidad.

Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta carta de consentimiento.

(Entrevistada)

Liliana Coutiño Escamilla (Entrevistadora)

Hermosillo, Son., a _____

GLOSARIO:

Atención Primaria a la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el conjunto de servicios y profesionales que conforman —a asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible” (OMS, 2012). Es considerada desde 1978 en el acuerdo Alma-Ata, como la principal estrategia de salud pública para lograr salud para tod@s. En alguna literatura, se le puede encontrar como las estrategias que se generan entre el gobierno y la sociedad civil para lograr la prevención primaria de enfermedades.

Catástrofe por salud. Situación de injusticia financiera y social en donde una persona o familia no puede acceder a un sistema de seguridad social que le permita solventar el nivel de aseguramiento deseado y ante ello se incurre en gastos muy elevados para su(s) condición(es) de vida. La OMS (2000) define el límite para del gasto para la salud en un 30% del ingreso total en el hogar.

Empleo. Circunstancia que otorga a una persona la condición de ocupado, en virtud de una relación laboral que mantiene con una instancia superior, sea ésta una persona o un cuerpo colegiado, lo que le permite ocupar una plaza o puesto de trabajo. Las personas con empleo constituyen un caso específico de personas que realizan una ocupación (INEGI, 2011).

Fantasia lúdica. Aquel pensamiento o imagen —representación cognitiva- con el que la persona se divierte, juega o recrea una situación.

Género: Es una diferenciación construida acerca de lo que es social y culturalmente aceptado para una persona en función de su identidad como hombre o mujer, a partir de la vivencia que tiene subjetivamente sobre sí mismo y las percepciones sobre su cuerpo heredadas por una realidad histórica en el que se imprime un rol de género, es decir, una serie de funciones y atribuciones sociales (Gamba, 2007).

Mazapán. Dulce típico mexicano compuesto de cacahuete molido y azúcar, por lo regular de una consistencia muy blandita, por la cual al tocarlo, se deshace.

Muestra representativa: Aquella que por su cálculo, en función de su nivel de confianza y tamaño, así como por las características de selección, cumple con las propiedades y atributos necesarios para hacer inferencias sobre el total de la población de la que se obtuvo.

Nivel estatal: Se refiere a la cobertura o alcance de acciones dentro de la entidad federativa correspondiente.

Nivel federal: Se refiere a la cobertura o alcance de acciones dentro del país.

Nivel global: Se refiere a la cobertura o alcance de acciones en diferentes países, a través de medios de comunicación o tecnología que traspasa las fronteras territoriales o los límites políticos.

Perspectiva de género: Se entenderá aquí como el enfoque con el que la ciencia deberá estudiar la diferenciación cultural que se hacen las personas en una sociedad a partir de sus representaciones y prescripciones basadas en una diferenciación sexual (Lamas, 1995).

Perspectiva de riesgo: Se refiere a la —mirada” científica que pueda ser capaz de estimar, determinar y prevenir la probabilidad de algún daño en una población cuando ésta es expuesta a estímulo, que bien puede ser un producto para adelgazar, un medicamento o un factor social.

Perspectiva epidemiológica: Se refiere a la investigación acerca de cómo se generan, distribuyen y cambian los estados de salud-enfermedad para poder aplicar ese conocimiento al control y prevención de padecimientos y problemáticas socioculturales.

Perspectiva farmacoeconómica: Se refiere a la estimación de los costos y beneficios que un fármaco al usarse puede tener como consecuencia en grandes grupos de poblaciones. La Farmacoeconomía no sólo considera los riesgos y daños causados por un fármaco a los organismos, al medio ambiente y la sociedad, sino también estima los beneficios y el alcance preventivo que se da a través del uso o consumo (Wyszynski, 2011).

Pesquisa. Palabra técnica utilizada frecuentemente en las ciencias biomédicas y epidemiológicas para describir el proceso de identificación de personas que padecen o están en riesgo de padecer una enfermedad y éstas se encuentran dispersas en una población.

Salario mínimo. Cantidad mínima de dinero en efectivo que debe recibir el trabajador, por los servicios prestados en una jornada de trabajo. Los salarios mínimos son determinados por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos para cada zona económica en que está dividido el país. (INEGI, 2011). Durante el primer trimestre de 2012, dichos salarios mínimos diarios eran \$62.33, \$60.57 y \$59.08 en las zonas salariales A, B y C, respectivamente (Misalario, 2012).

Sistema de Salud Pública. Es el conjunto de instituciones que brindan servicios de atención a la salud en el país y que están distribuidos en tres grandes grupos, de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas: los que pertenecen a la economía formal y tienen un empleo en gobierno o empresa, la población abierta y la población que tiene algún tipo de prestación específica de acuerdo a convenios con —o que puede pagar por los servicios de- particulares (OPS, 2002).

Trabajador subordinado y remunerado. Persona que tiene un empleo, entendido éste como un caso particular de condición de ocupación en la cual la actividad se desempeña respondiendo ante una instancia superior y percibiendo un pago por los servicios laborales prestados. El término comprende al empleo asalariado pero abarca otras modalidades bajo las cuales al empleo o trabajo subordinado se le remunera con otras formas de pago (INEGI, 2011).

Trabajo doméstico. Es el conjunto de actividades que realiza una persona para el desarrollo adecuado de un hogar, sin obtener ningún pago por ello. Dichas actividades son: limpiar la casa, lavar los trastes, lavar y planchar la ropa, preparar y servir alimentos (INEGI, 2010), entre otras.

Unión libre. Estado conyugal de las personas que viven maritalmente con otra persona, como si estuvieran casadas (INEGI, 2011).

Vivienda. Espacio delimitado normalmente por paredes y cubierto por techos con acceso independiente, que se utiliza para la residencia de personas, donde generalmente duermen, preparan alimentos, comen y se protegen del medio ambiente (INEGI, 2011).

Vivienda seleccionada. Es aquella que, mediante el método de muestreo de la encuesta, ha sido elegida para realizar el levantamiento de información (INEGI, 2011).