



EL COLEGIO
DE SONORA

ÉSTE NO
ES MI CUERPO.

Consumo femenino
de productos para adelgazar
en Sonora

25

Liliana Coutiño Escamilla

ÉSTE NO
ES MI CUERPO.

Consumo femenino
de productos para adelgazar
en Sonora



EL COLEGIO
DE SONORA

ÉSTE NO
ES MI CUERPO.

Consumo femenino
de productos para adelgazar
en Sonora

25

Liliana Coutiño Escamilla

Coutiño Escamilla, Liliana
Éste no es mi cuerpo. Consumo femenino de productos
para adelgazar / Liliana Coutiño Escamilla
Hermosillo, Sonora, México : El Colegio de Sonora, 2014.

246 páginas ; 22 cm.
ISBN: 978-607-7775-51-5

Incluye referencias bibliográficas

Adelgazamiento – Aspectos psicológicos 2. Mujeres – Salud
e higiene 3. Alteración de la imagen corporal
4. Peso, Reducción de 5. Dietas para adelgazar
RM222.2
.C68

Rectora de El Colegio de Sonora
Doctora Gabriela Grijalva Monteverde

Director de Publicaciones no Periódicas
Doctor Nicolás Pineda Pablos

Jefa del Departamento de Difusión Cultural
Licenciada Inés Martínez de Castro N.

ISBN: 978-607-7775-51-5

D. R. © 2014 El Colegio de Sonora
Obregón 54, Centro
Hermosillo, Sonora, México
C. P. 83000

Este texto tiene como referente la tesis de maestría “‘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 de Hermosillo, Sonora”, 2012, El Colegio de Sonora, dirigida por la doctora María del Carmen Castro Vásquez.

Impreso y hecho en México / *Printed and Made in Mexico*

Índice

Agradecimientos.....	9
Introducción.....	11
I. Los escenarios de lucha por el mercado de las consumidoras.....	17
La industria farmacológica.....	17
La maquinaria política y comercial.....	23
Las mujeres en escena	30
II. El lente conceptual.....	39
Cuerpo.....	42
Adelgazar.....	48
Consumo.....	50
Productos para adelgazar.....	52
Género	53
III. Metodología, selección de participantes y decisiones.....	57
Los métodos mixtos en la recolección de datos	59
Planeación y realización de la encuesta	60
Planeación y realización de las entrevistas.....	66
Limitantes de quien observó.....	71
IV. Las mujeres consumidoras en números	73
Las mujeres que consumen los productos para adelgazar.....	74

Los productos que se consumen para adelgazar	75
El gasto, los motivos y la asesoría de las consumidoras	82
Historial clínico e imagen corporal en las consumidoras	91
V. El discurso de las mujeres: significados de la búsqueda de la delgadez y consumo	95
“Hay que tener energía”	95
“Siempre hemos batallado con el peso”	119
“Yo no me creo eso de la gordita feliz”	128
VI. El consumo para adelgazar: de los números a los significados	143
El consumo, la salud y la percepción de riesgo	143
El estrato socioeconómico y el trabajo	157
El género y el desarrollo personal	162
Conclusiones	169
Recomendaciones	181
Bibliografía	193
Apéndice 1. Cuestionario para la recolección de datos cuantitativos	223
Apéndice 2. Guía de entrevista semiestructurada	237

Agradecimientos

Agradezco a El Colegio de Sonora por las facilidades bibliográficas y de infraestructura, así como por su excelente programa de maestría, del cual es producto esta investigación. De manera particular doy gracias a la Dra. María del Carmen Castro Vásquez por la tutela brindada durante el estudio y deseo expresarle mi profunda admiración por el profesionalismo en cada uno de sus aportes durante la tesis y el presente trabajo.

Mi agradecimiento también a la Dra. Catalina Denman y a la M. C. Gilda Salazar por sus lecturas oportunas y críticas al trabajo de tesis. A la Dra. Patricia Aranda le agradezco sus ejercicios de esclarecimiento conceptual, pero principalmente el humanismo y la empatía con la que me enseñó, desde otra perspectiva, sobre temas de salud. Al Dr. Armando Haro gracias también por su interés en ampliar nuestra mirada investigadora y su compromiso demostrado durante la revisión de los últimos avances en este campo.

No podía dejar de agradecer a quienes me acompañaron emocionalmente: Carlos, Yanira, Viridiana, Alma y Pedro, mis compañeros maestrantes. Gracias a Carmen Arellano por las correcciones en la bibliografía y a Julián Fernández por sus observaciones epidemiológicas. Mi agradecimiento también a las mujeres que me apoyaron durante la encuesta: Paulina Elisa Leyva, Betina Minjarez, Anhelí Valdez, Ana Victoria Enríquez, Julieta Curiel y María Isabel Escamilla. El sol es testigo de lo que caminamos para conseguir las entrevistas.

Sin ustedes –profesores, amigos, familia, pero sobre todo mujeres hermosillenses, protagonistas de estas historias– no habría sido posible esta investigación. Muchas gracias.

Introducción

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 con la intención de embellecerse y crear formas especiales en el cuerpo.

El uso de instrumentos, objetos y prendas de vestir para lograr la connotación deseada en los cuerpos de las mujeres, en distintos momentos históricos, ha estado vinculado a la concepción dominante que se ha tenido de éstas en cada cultura y época. Sobre todo, el cuerpo femenino ha guardado una estrecha relación con valores y símbolos como la fertilidad y la estética a través de distintos periodos históricos, donde deja de ser una simple naturalidad biológica y se convierte en un sitio en el que se encuentran discursos que pueden ser vistos como el espacio de luchas sociales por el significado, o como capital a ser conquistado por diversas instituciones y actores.

Así, el corsé utilizado por las romanas en 1600 antes de la era cristiana para ocultar los pechos (Avellaneda 2006) adquirió un sentido distinto durante el uso del corsé de hierro en la era victoriana. Otro ejemplo lo constituye la faja, empleada en América Latina con un sentido de “amarre” en las mujeres indígenas para ayudarlas en la recuperación del parto (Ortega 2006), que cambia a una connotación erótica en América del Norte a partir de la lencería (Faramah 2011; Shaw 2008). En todos estos objetos la constante es que históricamente han acompañado a la mujer en sus actuaciones, porque hay una serie de prácticas que la sociedad, a través de instituciones y actores, demanda de ellas. En algunos casos el consumo

se da para poder realizar una práctica eficientemente y en otros el consumo es la práctica que se espera obtener de ellas.

Durante la era moderna, el dinamismo y la salud formaron parte del sentido que adquirió la práctica de moldear, vestir y ejercitar el cuerpo, pues contribuiría al rendimiento laboral y llevaría al surgimiento de nuevos bienes y servicios. Las prácticas y representaciones asociadas al deporte, el tiempo libre y la productividad tuvieron un papel determinante al establecer los nuevos *habitus* corporales y de consumo a partir del siglo xx (Boltanski 1975). Gracias a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y al capitalismo, el cuerpo femenino empezó a verse como un recurso más al servicio del movimiento de grupos y maquinarias, o bien como algo susceptible de estandarizarse y corregirse en sus imperfecciones. Las prendas de vestir exteriores e interiores comenzaron a evolucionar, y con ellas la percepción de lo aceptable y lo obsceno para vestir, desvestirse o acompañar al cuerpo (Martínez 2010; Pasalodos 2000).

Los cosméticos, la moda, la publicidad y el cine reprodujeron las categorías perceptivas acerca de lo moderno, en donde los medios se ocuparon de producir deseos y anhelos acerca de los objetos que las mujeres debían consumir y las nuevas formas de presentar a los demás el cuerpo (Balian 2002; Eguizábal 2007). El uso del vestuario se fue volviendo cada vez más flexible, particularmente después de los setenta, que es cuando surgieron nuevas representaciones asociadas al poder, la transgresión y la liberación femenina (Esteban 2004; Pasalodos 2000). Al incrementarse la práctica de salir a vacacionar, comenzaron las exposiciones públicas de algunas partes del cuerpo (Herrera 2009) y el rechazo hacia la exposición de la gordura o la celulitis (Abécassis y Bongrand 2008) por parte de la ciencia biomédica.

Los medios de comunicación también desempeñaron un papel importante en la colocación de objetos de higiene personal y cosméticos como auxiliares para el arreglo personal, pero principalmente contribuirían a la generación de consensos acerca de lo que es bello y sano, fusionando el capital ideológico ganado por la biomedicina, entre las mujeres, con el capital ya ganado por la industria cosmética y de la moda. Por su parte, el vestuario, maquillaje, gimnasios y servicios de diversión urbana dieron cuenta, tanto en su publicidad como en el volumen de consumo, que la preocupación corpórea se generalizó, apareciendo también, en el campo del adelgazamiento, las disciplinas nutrimentales. Reducir el cuerpo en sus medidas, estirarlo hasta conocer sus límites y adaptarse a los nuevos cánones de belleza sería parte de las preocupaciones modernas (Herrera 2009; Lenning y Vanwesenbeck 2000; Mazur 1986).

Mientras que el consumo de productos para modificar el cuerpo pareciera que fue un acto de empoderamiento porque permitió a la mujer manipular y controlar sus propios procesos corporales, en las últimas décadas también ha sido notable el incremento de la insatisfacción corporal (Alpert y Strouse 2005; Schütz et al. 2010) y la presión social. Éstas pueden estar relacionadas con la incapacidad de compra de objetos ofrecidos, la imposibilidad de alcanzar tallas estereotipadas, o bien la falta de acceso a prácticas sugeridas para las mujeres.

Hoy día, aunque se desconocen cuáles son las estrategias principales con las que las mujeres interactúan en su campo para frenar o facilitar el consumo, se sabe que existen condicionantes sociales de la percepción que llevan a considerar la gordura y la obesidad como indeseables y temibles, incluso cuando la mujer posee un cuerpo delgado. Poco se conoce, sin embargo, acerca de la experiencia subjetiva de mujeres en edades posteriores a la

adolescencia (Moore 2010; Moral 2002; Salazar 2008) sobre cómo interpretan y significan la información proveniente de las estructuras sociales –y de los medios de reproducción– y cómo influyen a su vez ellas mismas en el capital social.

La delgadez se ha instalado en lo cotidiano sin que se estudie en lo subjetivo qué significa esto para las mujeres que se tienen que medicar para adelgazar, para las que deben salir a laborar y no gozan de condiciones para hacer ejercicio, o para las que no pueden llevar una dieta diversa y adecuada, pasando además por la experiencia de la maternidad. Las mujeres buscan bajar de peso, disminuir tallas, reducir índice de masa corporal, quemar calorías, etcétera, en un lenguaje cada vez más común y uniformado, independientemente de las condiciones individuales en las que cada quien se enfrente al reto. Mantenerse delgada se ha convertido en una preocupación que da sentido a prácticas rutinarias para modificar el cuerpo, asumiendo que se desea que el proceso sea rápido y efectivo, pero poco se ha investigado acerca de cómo interiorizan estas mujeres sus éxitos y fracasos en el intento de adelgazar. ¿Qué tan frecuente puede ser el consumo de productos con la intención de adelgazar? ¿Qué tan efectivo les resulta? ¿Cuánto gasto puede implicar? ¿Qué significa para las mujeres la delgadez? ¿Qué les representa perderla dentro de su estrato socioeconómico? Son algunas de las preguntas que se intentaron reflexionar a partir de la presente investigación, desde una postura crítica.

Este cuaderno tiene la finalidad de presentar los resultados de la investigación llevada a cabo con mujeres adultas que buscó responder a la pregunta: ¿cuáles son los mecanismos que operan en el consumo de productos para adelgazar entre la población femenina adulta del estrato medio en Hermosillo, Sonora?

Con la finalidad de responder a la pregunta general de investigación se generaron dos preguntas particulares: a) ¿cuáles son las características del consumo de productos para adelgazar entre la población femenina de 30 a 45 años del estrato socioeconómico medio en la ciudad? y b) ¿qué significados tiene para estas mujeres la delgadez y el consumo de dichos productos?

Esto se pudo alcanzar a partir de los siguientes objetivos particulares:

- Describir las características del consumo de productos para adelgazar en las mujeres de 30 a 45 años del estrato socioeconómico medio en la ciudad de Hermosillo, Sonora.
- Comprender la importancia de la delgadez corporal y los significados que tiene el consumo de dichos productos en estas mujeres.

El estudio se realizó con técnicas cuantitativas y cualitativas. Para el análisis del consumo se clasificaron cuatro tipos de productos: fármacos, prendas de vestir y calzar, suplementos alimenticios y ungüentos o cosméticos.

El presente cuaderno consta de seis capítulos. En ellos se exponen las características de la población investigada, el lente teórico-conceptual y los resultados. En el capítulo I se describe el contexto social, económico y político en el que se desarrolla la investigación. En el II se describen los conceptos con los que se trabajó y que dan sentido a la interpretación.

En el tercer capítulo se describen el procedimiento, las técnicas y las limitantes encontradas en el trascurso del levantamiento de datos, así como la lógica para la toma de decisiones metodológicas implementadas. En el capítulo IV se narran los resultados obtenidos en una encuesta representativa realizada a 405 mujeres en la ciudad, mien-

tras que en el quinto se hace el análisis de seis entrevistas semiestructuradas realizadas, con las que se obtuvieron un total de 8 horas y media de grabación y 224 cuartillas de transcripciones.

En el capítulo VI se presentan integrados los principales hallazgos. Finalmente, en las conclusiones se resuelven de forma abreviada las preguntas de investigación. Se incluyó, además, un apartado de recomendaciones para cada uno de los actores sobresalientes, ya que los procesos de consumo representan distintas implicaciones que van de los riesgos a las oportunidades de educación en el cuidado de la salud.

I. Los escenarios de lucha por el mercado de las consumidoras

La industria farmacológica

La obesidad y el sobrepeso aparecen constantemente en el discurso de los sistemas oficiales de salud como variables causales de otras enfermedades, por lo que lograr adelgazar o bajar de peso a la población se percibe como uno de los retos más grandes en la salud pública para el siglo XXI. La OMS reporta que en 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 sigue incrementándose dramáticamente y se calcula que para 2015 aproximadamente 2 300 millones de adultos tendrán sobrepeso en el mundo y 700 000 millones serán obesos (Da Silva, Dos Santos y Satie 2010).

La obesidad y el sobrepeso, así como el peso considerado “normal”, se suelen medir en el enfoque biomédico con el índice de masa corporal (IMC); éste fue descrito y publicado por primera vez por L. Adolphe Quetelet en 1871 (Puche 2005) y consiste en el resultado de dividir el peso de la persona (en kilogramos) entre la estatura (en metros) elevada al cuadrado. El IMC considerado normal, según la Norma Oficial Mexicana (NOM-008-SSA3-2010), es el que se encuentra por debajo de 25. Un IMC de 25 a 29.9 determina que una persona tiene sobrepeso, mientras que un IMC igual o mayor de 30 es sinónimo de obesidad. Dentro de la misma obesidad suelen asignarse tres

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 (NOM-008-SSA3-2010; NOM-043-SSA2-2005; Ávila y Tejero 2010).

Las personas con sobrepeso y obesidad corren un riesgo mayor para una variedad de afecciones cardiovasculares que incluyen hipertensión, enfermedades coronarias, derrame cerebral y enfermedad arterial oclusiva periférica (Idelevich, Kirch y Schindler 2008). Las complicaciones médicas de la adiposidad incluyen hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades pulmonares y cánceres. Entre los procesos fisiopatológicos que podrían mediar plausiblemente entre el IMC y el riesgo de muerte están la resistencia a la insulina, anormalidades lípidicas, alteraciones hormonales e inflamación crónica (Gill y Malkova 2006). Se estima que el riesgo de muerte en una persona norteamericana en la adultez media con un IMC superior a 30 es de 20 a 40 por ciento 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, Dave y Douris 2010), el deterioro de la función muscular respiratoria, la intolerancia al ejercicio y la dificultad para respirar durante el sueño (Murugan y Sharma 2008).

La pérdida de peso o adelgazamiento está considerada como el paso inicial para ayudar a prevenir o controlar las consecuencias de la obesidad. Sin embargo, a pesar de la evidencia que existe de la supremacía de la eficacia a largo plazo de tratamientos que modifican la dieta y de ejercicio para la reducción del IMC –ya que ayudan a nivelar la glucosa y la grasa a través de diferentes mecanis-

mos sin requerir antioxidantes y resultan una alternativa relativamente económica– (Gill y Malkova 2006), algunas personas tienen contraindicado el esfuerzo físico, no pueden modificar la dieta o no pueden perder peso a pesar de hacer lo recomendado por los médicos. En estos casos, la ciencia biomédica ofrece como alternativa los procedimientos quirúrgicos y farmacológicos (Zoeller 2007, 437; Apovian 2000, 8; Davis 2006, 560).

Algunos de los procedimientos quirúrgicos para adelgazar son la banda gástrica ajustable, el *bypass* gástrico y el balón o globo gástrico. Dichos procedimientos son recomendados para pacientes con IMC de 40 o más, sólo cuando los tratamientos nutricionales y de ejercicio han fallado (American Society for Metabolic & Bariatric Surgery 2014). Sin embargo, las cirugías conllevan riesgos y pueden estar contraindicadas para una gran cantidad de casos también. Se consideran contraindicaciones absolutas de estas cirugías: las enfermedades inflamatorias del intestino, tumores malignos, cirrosis hepática, enfermedad coronaria con insuficiencia cardíaca, trastornos psiquiátricos graves, alcoholismo, drogadicción y retraso mental (Bernal 2011).

Los datos estadísticos asociados al procedimiento quirúrgico de desviación gástrica incluyen: falla de la pérdida de peso (cerca de 10 por ciento), alguna complicación de la cirugía (de 10 a 15 por ciento) y complicación peligrosa para la vida (de 2 a 3 por ciento). Se calcula además que uno de cada trescientos pacientes muere a partir de dichas cirugías gástricas (Bariatric Surgery 2014). Actualmente estos procedimientos quirúrgicos se ofrecen principalmente en hospitales privados en México, aunque cada vez es más frecuente que se realicen también en hospitales del sistema público.

Tanto por presentar un riesgo menor¹ como costo, la intervención que ocurre con mayor frecuencia en el ámbito clínico es la medicación. Los fármacos adelgazantes, como cualquier medicamento de patente, pasan por un largo proceso de prueba antes de ser comercializados para garantizar su seguridad y eficacia.

El primer medicamento promovido contra la obesidad se llamó Dinitrofenol y apareció en Estados Unidos alrededor de 1930. Tan sólo cinco años después 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 han buscado la disminución del apetito o la metabolización de la grasa. En su momento, cada uno ha ido teniendo aceptación por parte de los y las consumidoras, reflejada en el volumen de ventas y en la comercialización, incluso sin prescripción médica (Dunican, Desilets y DeBellis 2007).

Mientras que los medicamentos se suelen promover como acompañantes de la dieta y el ejercicio, hay investigaciones que concluyen que el ejercicio y la dieta funcionarían solos, sin necesidad de medicarse. Se han realizado otros estudios que, por el contrario, sugieren que la persona adelgazará sólo por el efecto del medicamento, independientemente de que haga o no haga ejercicio (Tyler, Johnston y Foreyt 2007). Idelevich, Kirch y Schindler (2008), en una revisión de los conceptos farmacológicos actuales para el tratamiento de la obesidad en los adul-

¹ La Norma Oficial Mexicana establece que “el tratamiento indicado deberá entrañar menor riesgo potencial con relación al beneficio esperado” y que el tratamiento farmacológico sólo se dará “cuando exista evidencia de falta de respuesta al tratamiento dietoterapéutico, a la prescripción de actividad física y ejercicio en un periodo de al menos tres meses en pacientes con IMC de 30 kg/m² o más”.

tos, describen que las terapias farmacológicas combinadas (medicamento+dieta+ejercicio) no han demostrado ser mejor que la monoterapia o el consumo sólo de fármacos, es decir, que en realidad no importa la presencia del ejercicio cuando el tratamiento farmacológico va a hacer efecto.

En un estudio comparativo, dichos autores revisaron las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) utilizados durante 2008 en la biomedicina para adelgazar: Sibutramina, Orlistat y Rimonabant. Encontraron 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 provoca 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. Asimismo, hicieron hincapié en monitorear los efectos hipertensivos de la Sibutramina, al ser agonista de los canales de calcio y producir estimulación cardíaca y un riesgo asociado mayor en el sistema cardiovascular.

En otra investigación sobre los riesgos de los medicamentos para adelgazar, Da Silva, Dos Santos y Satie (2010) analizaron los efectos de la Sibutramina y el Fenproporex; en cuanto a este último, encontraron que, 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 en hijos e hijas de consumidoras. El uso indiscriminado de estos fármacos, asociado a periodos prolongados de terapias, sugiere que puede incrementar los rangos de daño genético y éste relacionarse con carcinogénesis. Los autores concluyen la investigación recomen-

dando el uso de antioxidantes aunado al tratamiento para adelgazar y reiterando la necesidad de información acerca de las RAM provocadas por el uso crónico de los medicamentos.

Es importante señalar que aunque se dice que el Rimonabant y la Sibutramina han sido retirados del mercado mexicano, no se realizaron investigaciones dedicadas a evaluar los efectos que pudieron provocar en las personas que fueron usuarias por largo tiempo o de forma indiscriminada. Tampoco existen registros o investigaciones acerca de cómo se resolvieron las RAM que pudieron haber dado origen al retiro de los fármacos del mercado.

El volumen de consumo de fármacos asociados al adelgazamiento es multimillonario, sin contar los productos que se sospecha están asociados o considerados anfetaminas. Las ganancias de las compañías farmacéuticas que consiguen seguir comercializando sus productos en el mercado son por el orden de miles de millones de dólares al año, considerando, además, que al mercado farmacéutico mexicano se le califica como el más grande y caro de Latinoamérica en su tipo, sobre todo desde 1993, fecha en que se liberaron los controles de los precios (Molina, González y Carbajal 2008; Molina et al. 2002; Secretaría de Salud 2005). Ya desde 2001, el Xenical, nombre comercial del Orlistat, figuró entre los cinco medicamentos más vendidos a nivel nacional según la Organización Panamericana de la Salud (2002), y en cuanto al volumen comercial, se calcula que sólo es superado actualmente por medicamentos para la disfunción eréctil y los tratamientos contra el cáncer (Industria farmacéutica 2010a y 2010b).

Por su parte, la industria cosmética, según la Cámara Nacional de la Industria de Perfumería, Cosméticos y Artículos de Tocador e Higiene (2004), genera ganancias

hasta de 3 700 millones de dólares por año, de los cuales más de 2 700 millones de pesos por año se ganan a partir de la colocación de productos como geles, jabones, espumas y diversos productos promovidos como benéficos para la salud. Acerca del consumo de las prendas de vestir y calzar, se desconoce el volumen aproximado de consumo cuando éste se publicita como apoyo para adelgazar, pero por la diversidad de marcas y empresas destinadas a ello, se esperarí­a que alcance proporciones similares a las cosméticas.

Estos márgenes de ganancia indican que el volumen o frecuencia de consumo entre la población femenina es alto, pero poco se conoce acerca de cuánto gasto podría representar a nivel familiar o individual. Tampoco existe el conocimiento acerca de qué tan efectiva o significativa pueda resultar esta inversión para las mujeres y cómo experimentan las reacciones corporales que se desencadenan tras el consumo de los fármacos o cosméticos.

La maquinaria política y comercial

Las investigaciones biomédicas acerca del sobrepeso y la obesidad han señalado como factor de riesgo –cuando no causal– el estilo de vida de las personas. El estilo de vida es el término en el cual suele incluirse que las personas consuman dietas hipercalóricas, hagan poco o nulo ejercicio y se desempeñen en trabajos de poco movimiento (Tyler, Johnston y Foreyt 2007). Los problemas causados por el estilo de vida tienen implicaciones políticas serias para quien se responsabiliza por una población con sobrepeso.

Dentro del modelo neoliberal, con un sistema de atención a la salud centrado en el individuo, la medicina social ha criticado este enfoque, ya que responsabiliza a las per-

sonas de sus padecimientos, desvinculando al Estado de la responsabilidad de ofrecer las condiciones para mantener la salud en la población. El estilo de vida como argumento de los sistemas de salud es discutido porque tiende a colocar el lente de la etiología en el individuo y a depositar en éste las medidas de abordaje y tratamiento de la enfermedad (Comelles 2009; Arizaba 2007; Urquía 2006), cuando las causas son multifactoriales, socioculturales y colectivas.

Lang y Rayner (2005), al analizar 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 posmodernismo deben tener un trato flexible por parte de las instituciones, 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 no han atacado de manera sistemática las condiciones que la generan, a pesar de los costos de sus efectos. Los mismos autores sugieren que la reducción de la obesidad debe contemplar intervenciones públicas como:

- Crear factores de largo plazo en todas las actividades económicas, pues la seguridad de abasto alimentario nutritivo y variado, a largo plazo, es clave para la sustentabilidad.
- Considerar que la comida barata incrementa los costos ambientales y de salud, enviando el gasto a otros presupuestos.

- Dotar a los ciudadanos de habilidades para escoger qué consumen.
- Concebir que la salud-enfermedad surge en su totalidad de la cadena de suministro.
- Incentivar el balance entre la comida y el ejercicio físico. Los Estados deben considerar el transporte ecológico, la comida debe ser vista como combustible fisiológico y de salud; y la actividad física debe integrarse en la vida cotidiana.

En México, las políticas de producción de alimentos, comercialización, prevención de riesgos sanitarios y atención a la salud se encuentran federalizadas y desvinculadas entre sus instituciones en el aparato gubernamental, lo que no facilita la implementación de políticas generales y de acceso universal a la salud. Dentro del mismo sistema de salud no se goza de una cobertura universal en la prestación de servicios médicos, ni de un solo modelo institucional para ello, lo cual dificulta la sistematización de la intervención en la población (Damián 2010). Además, al tratarse de un sistema federalizado, relativiza los esfuerzos que se hacen en materia de atención primaria en el ámbito de las instituciones, 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 a través del gasto económico familiar (Frenk 2005; Barba 2010).

Generalmente la atención a la salud está centrada en la atención de la enfermedad, se delega y reduce a los centros de atención médica y hospitalaria, perdiendo la oportunidad de eslabonarla con otros servicios de atención primaria, como la infraestructura pública, la eliminación de riesgos para transitar o ejercitarse y el financiamiento para el acceso a alimentos nutritivos. Las acciones de in-

centivación de la actividad física, por ejemplo, podrían incluir la regulación en el uso de la tierra, la mejora de espacios públicos, el diseño urbano y las políticas de fomento de transporte activo –como las ciclovías– de forma articulada (Instituto Nacional de Salud Pública 2012b).

Desde la ciudadanía, también es infrecuente la participación en México para realizar proyectos integradores en materia de salud y prevención de enfermedades, a excepción de la lucha que algunas organizaciones de la sociedad civil (OSC) han emprendido en los temas de salud reproductiva (Álvarez 2002) y producción de alimentos no modificados genéticamente (Sandoval, Domínguez y Cabrera 2009), pero en materia de exigencia de derechos para la alimentación nutritiva y balanceada no existe evidencia de intervenciones exitosas.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura et al. (2013) han advertido sobre la seguridad alimentaria que, en municipios como Hermosillo, aunque tengan un acceso solvente a alimentos, comparados con otros municipios, el consumo alimentario, al estar basado en cereales, carnes y huevo, pone en riesgo la seguridad alimentaria de la población. En un diagnóstico nutricional hacen énfasis en la necesidad de diversificar la dieta, pero reconocen como desafío, no sólo para la localidad, sino para todo el país, el control de los precios de alimentos estratégicos, sobre todo en un contexto global, es decir, interdependiente de mercados y precios internacionales.

Por otro lado, la sistematización de experiencias y la medición del impacto de la intervención en alimentación o activación física, tanto de organizaciones de la sociedad civil como de las instituciones oficiales de salud, resulta complicada, pues tienden a considerar efectivas sus intervenciones a partir de la cuantificación de actividades realizadas o de porcentajes de población beneficiada y no

a partir del estado de salud de los individuos. Además, la investigación aplicada acerca de intervenciones exitosas en salud suele ser escasa.

Por su parte, la investigación para la producción de fármacos y suplementos alimenticios promovidos para adelgazar resulta controversial entre los intereses públicos y privados. La industria farmacéutica, al financiar numerosas investigaciones, incurre en conflictos de interés que pueden sesgar los resultados de éstas, contribuyendo además a la perpetuación de la cultura de la medicalización (Arizaba 2007; Laurell 2010a, 2010b y 2010c; 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, Miller y Alpert 2007).

Junto al capital económico, se encuentra también un capital cultural y político actualmente competido en el campo del adelgazamiento. En el año 2010 se impulsaron más de 15 iniciativas en el Congreso de la Unión que tendrían impacto en el sector cosmético-quirúrgico. En éstas se discuten 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 (Cámara Nacional de la Industria de Perfumería, Cosméticos y Artículos de Tocador e Higiene 2010).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2010) ha recomendado al Estado mexicano implementar medidas de amplio alcance para prevenir el aumento de la obesidad, entre ellas regular la

publicidad de los alimentos para niños y adoptar medidas fiscales que combinen impuestos y subsidios, en función de la calidad de los alimentos y fármacos, así como realizar un programa obligatorio de etiquetado de productos alimenticios.

La regulación sanitaria de alimentos, suplementos alimenticios, cosméticos y fármacos en México está a cargo de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Tiene entre sus responsabilidades la autorización para hacer circular medicamentos, el seguimiento de señales de RAM y darle cauce a las denuncias sanitarias, así como la regulación de la publicidad de los productos y servicios sanitarios (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios 2010). Esta dependencia coordina la farmacovigilancia en el país, una actividad de salud pública destinada a identificar, cuantificar, evaluar y decidir riesgos de los medicamentos una vez comercializados, función también destinada a tomar medidas administrativas y comunicar riesgos a los usuarios, a las empresas y a los centros de investigación al respecto (Wyszynski 2011).

Académicos y legisladores han criticado que la Comisión no cuenta con alcance suficiente o con perfil necesario para atender los problemas institucionales y farmacológicos del país, señalando además la escasa supervisión de las RAM y que las alertas que emite no están al alcance del público en general (Harper 2010; Laurell 2009, 2010; Sistema de Información Legislativa 2012). La dependencia además no está autorizada para establecer sanciones económicas cuando se encuentran productos sin licencia en los establecimientos y, fuera de los antibióticos, no existen, por norma, mecanismos que obliguen a las farmacias particulares a vender sólo bajo prescripción de un especialista.

Si bien la COFEPRIS reconoce algunas de estas necesidades, así como la exigencia de una articulación mayor con

programas de investigación y regulación bioética (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios 2011), las estrategias y recursos de que dispone para regular son limitados. Al comparar el alcance regulatorio que tiene en Estados Unidos la Food And Drugs Administration (FDA) –su organismo equivalente–, se puede observar cómo tan sólo para 2009 la FDA recibió un presupuesto de 2 400 millones de dólares, sin contar los ingresos que obtuvo por sí misma (Intellectual Property Watch 2008). Esta cantidad equivale a 0.21 por ciento del PIB o la mitad de lo que se dedica a la protección social de salud para todo México (Tépach 2010), aun guardando las debidas proporciones.

Por otro lado, acerca de la información y el acceso a la educación para la salud, es sabido que existen algunos mecanismos globales, como Internet, para difundir riesgos para la salud y contrarrestar el consumo de medicamentos, pero éstos compiten directamente con un cúmulo de información acerca de la eficacia de las cirugías, la efectividad de los fármacos y la circulación de anfetaminas, los cuales se pueden obtener de forma fácil a través de ciberfarmacias (Strat-Cons 2006). El acceso a Internet no sólo ha facilitado la difusión de información al respecto, sino que además ha agilizado el acceso a sustancias ilícitas o abuso de las legales. Ante ello, organismos internacionales como la Junta Internacional para la Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) emiten constantemente alertas globales para advertir sobre el incremento en el consumo de estas sustancias, pero que –de nuevo– sólo se quedan en recomendaciones que los países tendrían que traducir en políticas públicas locales –que incluyan legislaciones, reglamentos y sanciones concretas–. Un ejemplo es el envío por Internet de productos retirados en México y la comercialización de anfetaminas, que se usan para suprimir el apetito o para aumentar el rendi-

miento físico, de lo cual se desconocen dimensiones o volúmenes de venta, aunque en general, las estimaciones de la JIFE apuntan a que, en México, 6 por ciento de la población total abusa actualmente de fármacos sin supervisión médica (Junta Internacional para la Fiscalización de Estupefacientes 2009).

Finalmente, habría que reconocer que las drogas, los fármacos y los cosméticos constituyen sólo una parte mínima del 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 tienen en el mercado del adelgazamiento.

Las mujeres en escena

La población total de mujeres proyectada durante el año de recolección de datos del presente estudio fue de 74 843 mujeres, según la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora (2006). De ellas, 29 892 corresponderían al quinquenio de 30 a 34 años, 25 166 al de 35 a 39 años y 21 594 al de 40 a 44 años; todas radicaban en la localidad de Hermosillo, ciudad que lleva el nombre de la cabecera municipal.

Hermosillo pertenece a los municipios que conforman la extensión territorial más árida de todo el país, llamada Desierto de Sonora. Con temperaturas que pueden ir desde los 3 grados centígrados en invierno hasta los 45 en verano, existe un notable problema de acceso al agua potable en la localidad, lo cual dificulta la capacidad de recreación y el ejercicio físico de las personas al aire libre, pues las expone a problemas de salud por las temperaturas extremas, como la deshidratación, el cán-

cer de piel o las enfermedades respiratorias (*El Imparcial*, 11 de diciembre de 2007, 3 de febrero de 2011, 4 de agosto de 2011, 24 de enero de 2012, 28 de diciembre de 2012; Chacón 2012a, 2012b).

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada en 2006 y 2012 por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el promedio de sobrepeso+obesidad en Sonora está por arriba de la media nacional. Las tasas de sobrepeso y obesidad afectan de manera diferenciada a las mujeres; en la edad adulta son quienes más padecen sobrepeso y obesidad. 76.9 por ciento de la población femenina adulta en Sonora presentó algún tipo de exceso en el índice de masa corporal (IMC) en 2006, mientras que en 2102 este porcentaje se sostuvo, sólo con la variante de reducir 5 puntos porcentuales en la categoría de obesidad y aumentarlos en la categoría de sobrepeso (Instituto Nacional de Salud Pública 2012a).

En la ENSANUT 2006, una de cada dos mujeres en edad adulta en Sonora reportó no hacer ejercicio durante la semana, mientras que sólo 13.8 por ciento se mantuvo ejercitándose por más de cinco horas a la semana (Instituto Nacional de Salud Pública 2006). En esta misma encuesta, 24 por ciento de las mujeres expresó que frecuentemente les preocupaba engordar –asaltándoles la idea dos o más veces por semana–, mientras que 6.9 por ciento mencionó haber recurrido ocasionalmente al vómito después de comer como “medida” para bajar de peso.² En los resul-

² Este aspecto puede ser un indicador a tomar en cuenta en futuras investigaciones acerca de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) en la entidad, pues por lo regular se considera como población de riesgo las edades entre los 12 y los 25 años (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2004), desaprovechando la oportunidad de detectar e intervenir oportunamente los TCA con mujeres adultas.

tados de la ENSANUT 2012 la prevalencia de inactividad física aumentó en todo el país: se encontró además que los adultos ocupan 1:40 horas en promedio (D.E. 1:50 hrs) de su tiempo diario en transportarse inactivamente (Instituto Nacional de Salud Pública 2012b).

Respecto a la morbilidad, la primera causa de muerte de las mujeres adultas en el estado la constituyen los cánceres. Éstos tienen relación con diversos factores como los ambientales –entre los que se cuentan la exposición a agroquímicos e industriales–, los alimenticios –como llevar una alimentación alta en grasas y baja en fibras, vitaminas y minerales–, así como mantener estilos de vida con un alto nivel de estrés y otros factores socio-culturales, como el incremento de prácticas sexuales sin protección y las desigualdades sociales y de género (Denman, Castro y Aranda 2007).

Según una encuesta realizada por el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD), 91 por ciento de los sonorenses coincide en que la obesidad es un riesgo para la salud que no quisieran enfrentar, pero alimentos como los productos lácteos, tortillas de harina, pastas, postres, pan blanco y carnes rojas son percibidos como nada o poco riesgosos por más del 50 por ciento de los encuestados, lo cual indica que entre la población existe un desconocimiento acerca de cómo operan los procesos metabólicos, la obesidad y las enfermedades asociadas al consumo de alimentos (Sandoval, Domínguez y Cabrera 2009).

Sólo se conoce una OSC en el estado de Sonora con el objetivo de prevenir, investigar y tratar patologías asociadas a las conductas alimentarias. Por otro lado, para combatir, detectar y prevenir estos trastornos, las instituciones de salud únicamente disponen de los recursos y programas oficiales.

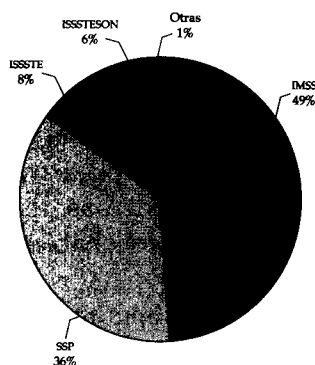
Respecto a los programas de apoyo para bajar de peso, existen en la entidad los programas oficiales de Preven IMSS –a través del cual el Instituto Mexicano del Seguro Social ha registrado la eliminación de kilogramos con la campaña “Vamos por un Millón de Kilos”– y las actividades de Preven ISSSTE, que promueven el ejercicio, la adecuada nutrición y la tecnología para el bienestar (ídem), 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.

Dos proyectos más que operan en la localidad, impulsados por el gobierno del estado, son los “zumbas” o bailongos en plazas públicas y la incorporación de programas de activación escolar y modificación de la dieta en tienditas escolares. Este último surgió del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria a partir del ciclo escolar 2010-2011 (Secretaría de Salud 2010), pero tuvo sus antecedentes locales desde el año 2007 con la aprobación de la “Ley Churrumais” (Sandoval, Domínguez y Cabre-ra 2009).

Respecto a la atención en centros de salud, las estadísticas indican que las mujeres adultas acuden con poca frecuencia (16 por ciento) a atenderse a sus centros de salud de forma preventiva para el sobrepeso y la obesidad y entre las personas que acuden a consulta médica, 31 por ciento de los usuarios de los servicios de salud no pueden conseguir los medicamentos recetados en el lugar de atención al que están afiliados, lo cual no ha mejorado con los años, pues desde 2006 se estimaba que 29.4 por ciento de los derechohabientes tenían que pagar por ellos (Instituto Nacional de Salud Pública 2012a).

Las proporciones de mujeres que poseen una afiliación o derechohabiencia en la localidad, se distribuyen de la siguiente forma:

Figura 1. Distribución de los servicios de atención a la salud en el municipio de Hermosillo, Sonora, 2003



Fuente: Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora 2003.

El tipo de afiliación indica que prácticamente la mitad de las mujeres que están empleadas con seguridad social es porque prestan sus servicios en una empresa, mientras que poco más de la tercera parte están inscritas en el programa del Seguro Popular. La falta de seguridad social, el empleo temporal y principalmente la pobreza han sido factores que los investigadores sociales señalan como determinantes para que las mujeres tengan acceso a una alimentación saludable, al ejercicio, a la información, a los servicios médicos y al tiempo libre para la atención de la salud personal y familiar (Procuraduría Federal del Consumidor 2012; Damián 2010; Enríquez 2010; García et al. 2001; Morales 2007).

Empleos como los de las maquiladoras y otros que implican sedentarismo propician que la mujer esté aún más propensa a diversas enfermedades crónico-degenerativas, sobre todo cuando vive en condiciones de estrés

(García et al. 2001; Morales 2007; Damián 2010; Sandoval y Richard 2005). Las mujeres de clase alta, por su parte, son las que tienen mayor probabilidad de estar delgadas, mientras que las de los estratos económicos bajos tendrán menos probabilidad y menos acceso a los servicios, alimentos y productos necesarios para la atención y cuidado de la salud (Aguirre 2007).

Respecto al ingreso, el salario mínimo en la entidad es de 67.29 pesos, correspondiente al área tipo A (Comisión Nacional de Salarios Mínimos 2014). El ingreso doble o múltiple en los hogares es una respuesta emergente para que las familias de numerosas mujeres satisfagan necesidades básicas, aunque estos ingresos no se den necesariamente a través de una sociedad conyugal. En el estrato socioeconómico medio, no sólo en Sonora, sino a nivel nacional, se puede observar cada vez más, y con mayores repercusiones, el trabajo subordinado (Universo PYME 2012).

El trabajo subordinado no es exclusivo de la entidad, sino que es característico del país, en donde la seguridad social constituye uno de los retos poblacionales más importantes (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura et al. 2013), pues se calcula que más de 60 por ciento de los empleos en la actualidad son informales (Guerrero 2011). Además, existen diferencias de género que impiden que las mujeres se desarrollen laboralmente. Las mujeres de la entidad que sí tienen trabajo asalariado constante están empleadas en actividades profesionales estereotipadamente femeninas, por arriba de la media nacional, aun cuando la escolaridad en el estado está por arriba del promedio nacional y supondría mayor capacitación y diversificación de empleos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2012).

Para Damián (2010), es necesario que se den dos grandes tipos de transformaciones en zonas urbanas como

Hermosillo y formen parte del desarrollo de la política social. Por un lado, la mujer debería ser liberada de las tradiciones que la obligan a ejercer una multiplicidad de roles, encontrando soluciones colectivas financiadas por el Estado, que incluyan trabajo doméstico, preparación de alimentos y cuidado de los menores y ancianos. Y por otro, la transformación de esta realidad tendría que darse a partir de la reorganización de las ciudades, a fin de reducir tiempos de traslado a los lugares de trabajo y generar viviendas y suburbios “modernos” más acordes con el tipo de trabajo necesario en las regiones y que incidan en un menor desgaste físico, intelectual y emocional para las personas trabajadoras. Esto último ha sido recomendado también por organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2010).

Tras el crecimiento reciente de viviendas y una mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral,³ sobresale también entre las prácticas de consumo alimentario la llamada comida rápida. Sandoval, Domínguez y Cabrera (2009) señalan que el alimento preferido entre la comida rápida está el hot dog,⁴ seguido por las pizzas, las hamburguesas, el pollo frito y el sushi, los cuales son vistos por la población con una carga simbólica de modernidad, abundancia, poder adquisitivo y diferenciación del estrato socioeconómico. Ésta es la comida que más se oferta en la región, cuenta con un mercado cautivo ante la dinámica creciente de trabajo y falta de tiempo para trasladarse a los hogares en horarios laborales y nutricio-

³ Para 2010, según la ENOE, en México, 3 de cada 10 mujeres llegaron a ser jefas de hogar (Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2011b).

⁴ Que no es tal cual el platillo tradicional estadounidense, sino uno modificado con alimentos adicionales considerados comida mexicana: chorizo, tocino, aguacate, crema, queso, etcétera (Sandoval, Domínguez y Cabrera 2009).

nalmente es la que más se asocia a la obesidad y otras enfermedades crónicas (Aguirre 2007; Astrup 2008).

Acercas del tiempo libre, Enríquez (2010) sugiere 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 y psicológica de ella y de toda la familia, pues el rol de la mujer ha sido históricamente el de cuidadora de la salud en el hogar. Estudios de distribución del tiempo indican la presencia de una carga mayor de trabajo para mujeres que para hombres y con ello una serie de condiciones sociales nocivas para el desarrollo de ellas, sus familias y sus comunidades o países, ya que la falta de tiempo libre o de ocio coarta la participación política, el intercambio de ideas y la reflexión (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 de 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 en las mujeres, pero además, el derecho al descanso y a la salud. En estas condiciones socioeconómicas y culturales se aumenta el riesgo de padecer trastornos fisiológicos, psicoafectivos, de seguridad y el surgimiento de otros padecimientos culturales (Jusidman y Marín 2010; Enríquez 2010). Así, aunque las mujeres puedan acceder hoy día a mayor educación profesional y posean un empleo estable y con prestaciones, continúan padeciendo los efectos estructurales de una "pobreza de tiempo" (Procuraduría Federal del Consumidor 2012; Gamba 2007).

En un estudio reciente sobre los usos del tiempo entre hombres y mujeres realizado por Bejarano (2012) se iden-

tificó cómo en dos municipios del estado de Sonora, con extensión territorial y población menor a la de Hermosillo, las mujeres están teniendo una carga global de trabajo mayor a la de los hombres, que va de las 64 a las 70 horas por semana, mientras que la de los hombres oscila entre las 58 y las 67 horas. La mujer en dichas localidades trabaja una mayor cantidad de horas a la semana no porque goce de mejores condiciones laborales que el varón, sino porque la mayoría de las veces desempeña un trabajo subordinado para poder seguir ejerciendo su rol tradicional en el trabajo doméstico.

La PROFECO, por su parte, en un análisis reciente de patrones de consumo en el país, hace hincapié en su libro *Bienestar y consumo*:

En ningún otro tema vemos una brecha de género más amplia que en lo que se refiere al trabajo no remunerado dentro del hogar, que puede ser de hasta 37 horas más en el caso de las mujeres en comparación con los hombres [...] A mayor escolaridad la brecha se reduce, incluso más que a mayor ingreso, pero se trata de efectos distinguibles: mayor escolaridad en mujeres reduce horas dedicadas al quehacer, pero eleva horas dedicadas al cuidado (niños, enfermos y adultos mayores) (Procuraduría Federal del Consumidor 2012).

La pobreza de tiempo en las mujeres habría de considerarse entonces como un obstáculo que probablemente les impide atender sus propios procesos de salud-enfermedad y que reproduce sus condiciones de inequidad, además de vulnerar las condiciones de salud del resto de los integrantes de la familia, a los cuales ellas prestan sus cuidados.

II. El lente conceptual

El marco teórico partió del estructuralismo constructivista de Pierre Bourdieu, especialmente de las obras *La distinción* (1999), *El sentido práctico* (1991) y *La dominación masculina* (2003).

La pretensión de este abordaje teórico-conceptual surge de la certeza de que hay una interrelación entre las prácticas individuales y las estructuras sociales, comprendiendo que la estructura social enmarca la conducta individual e infiltra percepciones subjetivas en la experiencia, mientras que las interrelaciones inscritas en un contexto subjetivo crean y reproducen las estructuras vigentes y futuras, interrelación que Bourdieu llama *habitus*.

La aparente naturalidad de las prácticas sociales es construida y se encuentra en relación con otras construcciones. Los *habitus* se pueden entender también como un sistema de disposiciones durables, que son transferibles en la interacción social. 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 que no son del todo evidentes para la investigación social; plantean por ello el reto de la reflexividad epistémica al investigador.

El enfoque bourdiano incorpora elementos estructurales e históricos concretos, en donde los agentes interactúan en un tiempo y lugar determinado, permitiendo al investigador integrar la visión constructivista a partir de

los datos de las experiencias individuales (Bourdieu 1988). Bourdieu 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. 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, diferenciándose con autonomía de otros, pero articulados en su interior, como es el caso de lo que en el trabajo se llama adelgazamiento, pues en él participan disciplinas, instituciones y actores concretos que compiten por ganar capital.

El campo es un espacio social en el que se puede estudiar a los actores dentro de un sistema de posiciones sociales que se definen las unas en relación con las otras, con diferencias sociales jerarquizadas en función de legitimidades socialmente establecidas y reconocidas en un momento determinado (Giménez 1997). Este sistema es siempre dinámico, pues se configura 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 un juego. 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 con el campo de la feminidad, 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", es decir, ser delgada sirve al interés de distinguirse y sobresalir (Bourdieu 1999). El capital con el que interactúan las mujeres en este

campo es un renovado juego de fuerzas sociales durante el transcurso del tiempo, que llevará a establecer alianzas, subordinaciones, dominaciones, antagonismos 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, pues contiene elementos de poder que se les han impuesto como visión legítima del mundo social. En este sentido, el Estado, por ejemplo, goza del consenso de sus agentes para dominar (Bourdieu, Wacquant y Farage 1994); como estructura organizacional y regulador de prácticas impone o “disciplina” a través de sus instituciones y políticas lo que los actores sociales habrán de obedecer. El autor señala que el Estado, a través de sus instituciones –de salud, por ejemplo– y otras estructuras complementarias, como la familia, la Iglesia y la escuela, determinan, además, un carácter de principios y formas de clasificación, que en lo que se refiere al cuerpo (Bourdieu 2003), no sólo lo delimitan, sino que también incorporan en él los mecanismos de control necesarios para que continúe al servicio de las fuerzas dominantes y que habrán de ser observables a través de representaciones –normas, valores, ideología– o prácticas materiales. El Estado, bajo esta lógica, no sólo participa directa y predominantemente sobre los individuos, sino que además permite o restringe, en función del control y adquisición del capital, la incorporación al campo de otros actores, como pueden ser la industria, la escuela 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 (Bourdieu y Wacquant 2005; Bourdieu, Wacquant y Farage 1994).

Enseguida se rinde cuenta de los conceptos centrales con los que se realizó el análisis de la información empírica

de esta investigación; sin embargo, podrán encontrarse también conceptos secundarios agregados a la postura bourdiana que en su momento se irán definiendo.

Cuerpo

El cuerpo, en cuanto 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 interesó cómo la concepción del cuerpo interviene para definir las prácticas de consumo de las mujeres y cómo el consumo está destinado a modificar las condiciones del cuerpo como objeto social.

Como elemento cultural, el cuerpo está cargado de connotaciones sociales basadas en el género, la edad, el momento del ciclo vital y el estrato socioeconómico, entre otros factores que lo determinan o caracterizan en sus prácticas. En la cultura occidental judeocristiana, por ejemplo, el cuerpo no ha sobresalido como instrumento de crecimiento y placer, sino que ha estado asociado a castigos, tentación, debilidad y la flagelación (Federici 2010; Korstanje 2011; Salazar 2001; Morán 1997).

El cuerpo, en calidad de objeto orgánico y vivo, es el sitio también donde se desarrollan las enfermedades, donde la mujer sensibiliza una enfermedad, un padecimiento o un malestar social (Moreno 2007). 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, derivados de diversos campos. Los *habitus* corporales consisten en prácticas y representaciones incorporadas a partir de estructuras sociales diversas, siempre en competencia y que proporcionan un sentido cuando las mujeres deciden el consu-

mo para dominar su propio cuerpo, pues se consume para terminar de conquistarlo, haciéndolo cada vez más refinado y distinguido (Bourdieu 1999).

En este trabajo de investigación el cuerpo se entendió como una mercancía que las estructuras tienen como objeto de lucha para que adquiera las características normativas sociales predominantes y vigentes, ya sea por vía de la coerción o de la subalternidad. Pero, al mismo tiempo, el cuerpo es el espacio de interiorización subjetiva, cuyos significados pueden ser múltiples como mujeres existan en un campo dado. Estas percepciones reproducen prácticas que pueden devenir en representaciones y prácticas distintas a las de hoy, con el paso del tiempo. La representación de cómo es el cuerpo y cómo debiera ser dirige las prácticas corporales en las mujeres. 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. En el cuerpo se imprime el *habitus*, que se vuelve manifiesto en el sentido práctico y en la práctica misma (Bourdieu 1991). Los mecanismos reproductores de la práctica de consumo serán los que habrían de ser descubiertos en la presente investigación, entendidos como los procesos o interacciones entre actores que conducen a la práctica de consumir e incentivan por sí misma al consumo.

El cuerpo es, 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. Pero los *habitus* corporales como dato en la investigación necesitaban ser recolectados a partir de darle la voz a las protagonistas y empezar a (de)construir desde la narración de sus experiencias a fin de no teorizar sin sentido y, en cambio, recolectar la mirada subjetiva de las mujeres (Castro 2000).

En el campo del adelgazamiento, en investigaciones sobre mujeres se han encontrado discursos que argumentan “sentirse mal por estar gorda” o “desproporcionada”, “querer estar flaca” o “tener urgencia por bajar de peso” (Pérez-Gil y Romero 2010; Rivarola y Peña 2006; Piñón y Hernández 2007), en un amplio espectro de argumentos cuyo origen está en los campos profesionales o “de expertos” con los que ellas han interactuado históricamente.

Al analizar este factor y otros, como la identidad, la presión grupal y los estereotipos de género, las investigaciones enfatizan cada vez más la importancia de la agencia, entendida como la capacidad de generar transformaciones sociales que puedan alterar la vida de hombres y mujeres en su devenir histórico (Sen 2000). Algunos científicos sociales, sobre todo feministas, cuestionan la posibilidad de que las mujeres, en un contexto de subalternidad, adquieran las capacidades suficientes o recursos personales para hacer frente a la presión social por alcanzar el cuerpo estereotipado o políticamente correcto para el género (Fox 1999; Rudd y Lennon 2000; Fox y Ward 2006; Ålgars et al. 2009), es decir, cuestionan que pueda existir algún margen para que ocurran transformaciones sociales donde el cuerpo adquiera usos y simbolismos distintos a los de hoy.

Sin embargo, aunque pareciera que todas las mujeres consumen sin cuestionarse acerca de las prácticas y *habitus* corporales, es decir, en condición de subalternidad, existe una subjetivación importante que puede dar cabida a transformaciones con el devenir histórico. En el campo del adelgazamiento, por ejemplo, no todas las mujeres que reciben la misma información y presión del medio perciben la necesidad de tomar decisiones respecto a su cuerpo, no todas quieren adelgazar, y de las que quieren, no todas se sienten presionadas o recurren a

prácticas para ello y, más complejo aún, no todas las mujeres que sí consumen productos para adelgazar lo hacen porque lo necesitan clínicamente. El sentido de la práctica es distinto en función de los mecanismos de reproducción que intervienen y de las luchas por el significado en la interacción con diferentes actores sociales.

En un estudio reciente realizado por Schütz et al. (2010) a lo largo de 26 países pertenecientes a 10 regiones del planeta se midió 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 que la inconformidad corporal en la mujer constituye un problema generalizado y esto lleva a considerar que quizá no tendría que ser factor de riesgo en la dimensión clínica, sino una característica más de la vida posmoderna, donde debiera considerarse más bien como una nueva pauta perceptiva y de comportamiento humano. Lo que es un hecho demostrado es que la percepción de las mujeres acerca de sus cuerpos de alguna manera se encuentra uniformada, la inconformidad corporal se ha hecho norma.

En los estudios feministas, desde Simone de Beauvoir (1949), pasando por las aportaciones de Judith Butler (1993), Amorós (1994) y Mouffé (1999), se sostiene la tesis de que la percepción de las mujeres está filtrada por la realidad corporal que se ha construido en función de un género, que ha sido dominado hasta lo considerado íntimo o personal: las experiencias subjetivas se alimentan de la carga simbólica impuesta de manera histórica por las visiones hegemónicas, las miradas dominantes.

Schildrick y Price (1999) 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 subhumana a partir de la imagen de sus cuerpos. Una imagen que tiende a ser valorada de acuerdo con las categorías perceptivas de “los otros”. El feminismo aquí coincide con la antropología social, en cuanto a que la inconformidad corporal en la mujer es sólo el resultado de una herencia histórica de desprecio, a través de siglos, hacia lo femenino convertido y en consecuencia surge la sensación en las mujeres de que hay algo malo o subhumano en ellas (Lizarazo 2009; Salazar 2001; Lagarde 1995).

Al respecto, Bourdieu (1999) encontró en la vida social de finales del siglo xx que el cuerpo de las mujeres es objeto de miradas fetiches desde temprana edad. El cuerpo se educa, se entrena, se planea y se construye. Las mujeres heredaron del modernismo la ideología y el valor de que la delgadez –aunado a la gracia, el autocontrol y la prudencia– les aumenta el valor de sí mismas, porque el cuerpo no puede desvincularse de la persona. Y si se trata de mujeres de estratos medios y altos, el cuerpo juega un valor agregado en el intercambio simbólico del esposo, o de la familia, durante las alianzas o matrimonios.

Los cuerpos esbeltos 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. En el juego social, domina quien tiene mayor fuerza, mayor clase, mayor compra, lo que equivale a mayor acaparamiento, mayor capital poseído (ídem). Así, las clasificaciones sociales de género se “naturalizan” en forma de divisiones en los cuerpos, de *hexis* 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 impuesto sobre el cuerpo femenino que posee; los campos médicos, industriales, económicos o políticos –todos masculinos– sitúan a la mujer en calidad de observada y esa mirada masculina es la que se legitima como verdadera 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. En consecuencia, la mujer piensa y practica con su cuerpo, lo que las estructuras dominantes han ganado, al interiorizarse en ella (ídem).

No sólo el gobierno y las instituciones de salud participan en la interiorización de lo corporal, sino todo lo que se ha instituido como dominante, por ejemplo, los modos de producción; en este sentido, la subordinación a un empleo o a una forma de consumo puede construir también los *habitus* corporales. Y dicha infiltración perceptual adquiere mayor dominación en cuanto más pase desapercibida o se normalice entre las mujeres.

En las prácticas y *habitus* corporales también participa la Iglesia, generando percepciones compartidas de virtud y moderación. La seducción sensitiva simbolizada en los pecados capitales representa las amenazas de lo maligno, el demonio hecho práctica, la carne seducida por el pecado (Fassino et al. 2006; Lizarazo 2009). La gula, por ejemplo, es un pecado capital, y en lo capital tiene la sentencia del infierno (Comelles 2009).

Ya sea entonces que se trate del capital económico, cultural, social o simbólico, las mujeres serán el espacio

interiorizado de luchas entre estructuras competidoras que habrán de otorgarle un sentido a sus interacciones y consumos corporales.

Adelgazar

La dominación—de género, ideológica, política—convierte a las mujeres en un objeto que 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, ni argumentar, para conseguir esa dependencia, pues éstas se han incorporado, se han vuelto prácticas y 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 que perciben en sí mismas. Los mecanismos para reducir la brecha entre lo ideal y lo real dan sentido a representaciones y prácticas para lograr el objetivo de estar delgadas.

En calidad de construido, un cuerpo delgado 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 (Gracia 2007; Arizaba 2007).

En el presente trabajo se entiende por adelgazar el mecanismo por el cual la persona intenta modificar su realidad corporal, su cuerpo, a fin de acercar sus caracte-

rísticas corpóreas 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 que se adjudica al campo de la medicina moderna, tendríamos que señalar que para efectos del trabajo de investigación no interesa la medición de cómo el cuerpo se “adelgaza”, sino los sentidos prácticos que dispone la representación “adelgazar” en las mujeres.

En el discurso incorporado de las mujeres acerca de la conveniencia de estar delgadas o mantener un cuerpo esbelto es de esperarse que se observe influencia de:

- La ciencia biomédica, con la infiltración de su lenguaje clínico y de medición, conceptos de normalidad, enfermedad y estandarización del cuerpo (Moreno 2007).
- La industria estética, que coloca en el campo ideológico aportes simbólicos de siluetas corporales delgadas como bellas y atractivas (Rivarola y Peña 2006).
- La industria y el comercio a través de estrategias de mercadeo, como generar frustración por reducir tallas en las prendas de vestido y calzado (Castro 1998; McPhail 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, con la exposición frecuente y reiterativa de cuerpos de mujeres con curvas menos acentuadas o redondas (Rivarola y Peña 2006; Álvarez et al. 2009).
- El Estado (como estructura mayor), que finalmente determina las políticas a seguir para combatir la obesidad y el sobrepeso como problema de salud pública que dispone a otras patologías y conduce a la muerte

de los agentes y a pérdidas económicas considerables en el sistema de salud (Bourdieu, Wacquant y Farage 1994; Rivarola y Peña 2006.).

Las mujeres no deben ser vistas como individuos pasivos a merced de las estructuras y los *habitus*, ya que ejercen diversas estrategias para frenar o aminorar los mecanismos que llevan al consumo. En el presente estudio se entiende como mecanismo cualquier proceso capaz de producir o impedir algún cambio en el campo social en su conjunto. También puede entenderse como los modos o formas en los que se activa y se hace funcionar –o frenar– un campo complejo siempre en competencia. Para efectos de la pregunta de investigación, interés descubrir los impulsores que operan detrás de la maquinaria social en relación con el consumo de productos para adelgazar, pero también aquellos que pueden ser capaces de detenerla, es decir, identificar qué puede hacer que una mujer no tenga interés en consumir para adelgazar. El concepto de mecanismo hace hincapié en procesos sociales o estados de cambios y transición, desarrollados, además de Bourdieu, por otros clásicos constructivistas como Guiddens y Elias, y metodólogos como Bunge y Bachelard (Capdevielle 2012; Giménez 1997).

Consumo

Se entendió por consumo una práctica de interacción social, en donde los agentes acceden y disponen de bienes y servicios para fines concretos y materiales, como es bajar de peso y adelgazar el cuerpo. El consumo como práctica cultural tiene lugar en un campo donde existe una fuerte lucha por el capital correspondiente, donde la dominación económica y simbólica se legitima y se refuerza.

En las sociedades modernas y posmodernas el consumo se ha “naturalizado” y se inscribe en el carácter de dominación de una estructura socioeconómica y cultural. 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 verse como lo expresa Bauman (2007): como un movimiento que es 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, interesó a la investigación qué productos materiales llegan a ser utilizados por las mujeres como herramientas para la transformación del cuerpo, ya que éstos forman parte del capital que se incrementa para construirse y posicionarse a sí mismas.

Bourdieu y Bauman coinciden en que el consumo tiene el propósito –más allá de cualquiera de los argumentos dados– 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” (Bauman 2007), 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 consu-

midor 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.

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 sociales.

No interesó, para responder a las preguntas de investigación, la efectividad de la mercancía comprada o gestionada per se, interesó más bien descubrir las relaciones construidas que las mujeres establecen 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 consumo.

Productos para adelgazar

En un campo comercial vasto de productos que prometen ayudar a adelgazar, se delimitó como "producto" sólo aquello que en la evidencia material se consumiera en calidad de objeto y fuera medible, con características físicas concretas a las que las mujeres acceden en función de su capital económico. No se incluyeron de forma detallada los servicios que las mujeres del estrato socioeconómico medio contratan para adelgazar. Esta decisión obedeció a la necesidad de acotar y delimitar con precisión el área de estudio.

Se definieron los productos para adelgazar como aquellos objetos que las mujeres refirieron usar y no lo que la literatura proveniente del campo médico o comercial

refirió como efectivo para hacerlo. A partir de los datos de consumo entre la población general contemporánea norteamericana –referente empírico en la investigación– y la revisión de la literatura al respecto, se establecieron desde el inicio de este abordaje cuatro categorías básicas de productos:

- *Los medicamentos y/o fármacos*, que aunque no provengan 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 de la industria textil y de calzado.
- *Los suplementos alimenticios*, que son mezcla de productos biomédicos con productos “nutricionales” y que por lo regular son consumidos de manera oral, sustituyendo algún tipo de alimento acostumbrado entre las consumidoras.

Género

El género es, al mismo tiempo que estructura, una perspectiva de estudio que identifica las diferencias entre el ser mujer y ser hombre en una sociedad dada y en las cuales hay una presencia de relaciones de poder; rinde cuenta de 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 (Lamas, 1995). Género no es igual al concepto de sexo, pues éste se encuentra sólo vinculado a las características morfológicas y genéticas del

cuerpo a la hora de nacer. En demografía y estadística sexo equivale a decir en términos biológicos si la persona de que se trata es un animal macho o hembra.

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 misma y las percepciones sobre su cuerpo, heredadas por una realidad histórica.

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:

Los 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 (ídem).

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 para ser aceptada, así como con las estrategias diarias que debe incorporar para alcanzar el cuerpo

“femenino” idealizado, estereotipado. Un estereotipo es el patrón o modelo a alcanzar que puede incentivar 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 el cuerpo de la mujer.

En la práctica principal de consumir productos para adelgazar interesó 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. Este sentido de orientación está justificado en términos de representaciones que le anteceden y que, como se ha dicho, norman la práctica al incorporarse.

La competencia por los capitales en juego y las mismas prácticas en la agencia pueden construir un escenario de seguridad o de vulnerabilidad percibido por las mismas mujeres que era conveniente investigar, pues “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).

Ahora bien, las representaciones y la práctica no siempre suelen encontrarse de manera consistente, una correspondiente a la otra. Es probable que las personas posean una representación cognitiva que aparezca dentro de su capital lingüístico, pero ello no necesariamente se refleje en una práctica realizable. Esta inconsistencia entre la representación y la práctica forma parte de lo que conceptualmente, para efectos del trabajo de investigación, fue llamado *disonancia cognitiva* y apoyó a identificar la diferencia entre la lógica de la lógica (la inmediatez del discurso) y la lógica de la práctica, en palabras de Bourdieu.

Disonancia cognitiva es el término con el que Festinger (1957) llamó al proceso psicosocial en donde es posible encontrar en la misma persona, respecto a un mismo objeto cognoscente, dos categorías contradictorias. 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. 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 que se utilizan para resolver la disonancia son tres:

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. Agregar 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. Las formas de reducción de la disonancia fueron estrategias importantes a descubrir 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.

III. Metodología, selección de participantes y decisiones

Propuestas contemporáneas de abordaje de 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 macrosociales –generalmente englobadas en el concepto “variables socioculturales” en biomedicina–, pero también dando voz a los actores o protagonistas principales de dichos procesos (Haro 2011; Castro 2000; Menéndez 1985).

Seppilli 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 [...] comprender la realidad, que ella misma se da como objeto de investigación y proporcionar los instrumentos cognoscitivos para transformar tales realidades junto con los individuos que las viven.

La práctica del científico social debe centrarse no sólo en explicar las relaciones entre los agentes y la estructura, sino en rescatar 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 el acceso a micropoderes (Menéndez 1985; 2002).

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

Si se ha de atender a los principios de ruptura epistemológica deseada, tal como se afirmó anteriormente, la presente investigación debía atender entonces a los datos cuantitativos expresados por las mujeres como anclas o referencias empíricas, pero también su discurso interiorizado y subjetivo. Los símbolos que acompañan esta incorporación, entre otros capitales, habrían de ser deconstruidos, entendiendo el consumo como un proceso de dominación simbólica en el que pueden apreciarse también las estructuras vencedoras y generadoras automáticas de actos simbólicos, que pueden ser descubiertos por el investigador social (Bourdieu 1991, 160).

La pregunta de investigación “¿qué significados tienen para las mujeres la delgadez y el consumo de productos para adelgazar?” tampoco habría quedado resuelta si se hubieran atendido sólo los discursos de las mujeres; menos aún si las respuestas se interpretaran como resulta-

dos de una realidad, sin la aprehensión de ésta por parte de quien investiga, pues ello habría generado la *illusio* en la investigación de una interacción significativa de individuo a individuo, criticada por Bourdieu, en el que los científicos sociales se olvidan de que las interacciones están ceñidas a una estructura que delimita la interacción (Bourdieu y Wacquant 2005), ello además habría carecido de rigor científico o generado mera redacción literaria.

La toma de anclajes empíricos para la puesta en juego de conceptos relacionados y luego intentar hacer una ruptura epistémica de lo encontrado, fue entonces la intención metodológica de la investigación.

Los métodos mixtos en la recolección de datos

Un error frecuente de los investigadores sociales es encontrar transparencia en el dato o indicador, considerando además que lo observable forma parte solamente de lo consciente (ídem). El objetivismo y subjetivismo son perspectivas parciales no irreconciliables en la investigación (Gutiérrez 2003), pues representan dos momentos de análisis sociológicos que pueden ser puestos en relación dialéctica.

Los métodos y técnicas no sólo pueden ser complementarios en cuanto al orden de los datos que albergan –cuantitativos y cualitativos–, sino que pueden constituir una estrategia reflexiva para el investigador en la que se confronta constantemente el referente teórico con el empírico. En la investigación se eligió que el orden de los datos colectados fuera de lo cuantitativo a lo cualitativo, tratando de que, a partir del anclaje del dato estadístico, se comprendieran las fuerzas estructurales más sobresalientes en la participación del proceso llamado *consumo de productos para adelgazar*, así como los argu-

mentos 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.

Los datos estadísticos se obtuvieron a través del levantamiento de una encuesta, que es una herramienta para obtener información cuantitativa y que proporcionó un panorama introductorio en un tema de investigación para el que no se contaba con investigaciones en el país. Los datos cualitativos se obtuvieron mediante la técnica de entrevista, en su variante semiestructurada. La parte cuantitativa aportó la visión global de las condiciones en las que se genera el consumo, pero en la parte cualitativa se profundizó en los significados que tienen para las mujeres esos argumentos.

Finalmente, la elección del paradigma constructivista en la presente investigación estuvo relacionada con facilitar la incorporación de los procedimientos objetivistas, en palabras de Denzin y Lincoln (2011), “una ontología relativista, una epistemología subjetivista y un conjunto de métodos naturalistas”.

Planeación y realización de la encuesta

La etapa inicial o cero dentro de la encuesta fue la determinación de quiénes, cuántas y qué tipo de mujeres participarían en el estudio. Debía tratarse de mujeres que tuvieran edades posteriores a la adolescencia, es decir, mujeres adultas, para identificar si en esas edades se expresa con la misma frecuencia o intensidad la insatisfacción corporal y la incorporación de estereotipos de género e imagen corporal, una vez que se corroboró que estos pro-

cesos o negociaciones socioculturales en la vida adulta son escasamente descritos en la bibliografía revisada. 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 periodo de climaterio si es que se incluirían datos fisiológicos para el autorreporte.

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, pues es el periodo que se 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.

La determinación de cuántas mujeres participarían se realizó a través de la aplicación de una fórmula epidemiológica que daba un total mínimo de 385 mujeres y que coincidía también con las tablas utilizadas para la estimación de la muestra cuando el error estándar es de 5 por ciento y se desconoce el tamaño de la prevalencia usando el máximo grado de incertidumbre, es decir, 50 por ciento de probabilidad de que alguna mujer consumiera (Mateu y Casal 2003).

La aplicación del concepto de clase social para el análisis empírico o para tratar de darles voz a todos los actores del campo hubiese sido imposible en términos de tiempo y recursos materiales para hacerlo. Por ello se decidió utilizar el concepto de estrato social. La estratificación social tiene que ver con la medición de indicadores de consumo, educación, capital cultural y posibilidades de mo-

vilidad social entre un grupo y otro de personas y hoy en día puede resultar útil para la clasificación o delimitación de los actores sociales precisamente porque por tratarse de tiempos posmodernos, la lógica de mercado ya no se rige por la capacidad de adquisición o producción (Félix 2001; Sembler 2006).

Para trabajar de forma aplicada con los estratos socioeconómicos se decidió utilizar los datos de los censos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, contenidos 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 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 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2004).

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 fue de tipo urbano, es decir, para una población mayor a 2 500 habitantes. Los estratos van del 1 (es el que se asocia con condiciones menos favorables para las personas que habitan en una vivienda) al 7 (las mejores situaciones socioeconómicas en la localidad). Para efectos de la investigación, se consideró como estrato socioeconómico medio a los estratos 3, 4 y 5 de la cartografía urbana.

La decisión de tomar el estrato medio obedeció a la lógica de que las mujeres con mayores necesidades de adelgazar serían las de los estratos inferiores, pero era probable que el consumo no fuera tan frecuente por falta de ingresos, no así por la intención en la práctica. 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 prepago 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.

El objetivo de la encuesta fue que aportara datos para caracterizar el consumo de productos adelgazantes en la ciudad. Así, el desarrollo de la encuesta como tal se dio en tres 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 construcción y validación del instrumento

El cuestionario utilizado constó de 38 preguntas que se hicieron de forma abierta a las mujeres y tuvo la finalidad de obtener las características en las que ocurría el consumo de productos adelgazantes en la ciudad (véase el 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 establecer confianza –pues es un tema que implica cierto grado de intimidad–, pero con la ventaja de que proporciona el anonimato para las mujeres y una relativa economía de recursos en la investigación.

En el primer apartado del cuestionario sólo se colectaron las características sociodemográficas de las consumidoras: estado civil, religión, años escolares cursados de forma completa, periodo 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 entrevistadas informaron de la modalidad o tipo de producto consumido, el nombre comercial o la sustancia consumida –tratando de que la información fuera registrada con el nombre con el que lo conoce la consumidora–, la frecuencia con la que lo usa, el periodo

que tiene consumiéndolo, el precio –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 de por qué consumen o por qué quieren adelgazar.

También interesaba saber cómo las mujeres llegaban a conocer o consumir el producto. El instrumento intentó medir en sus siguientes apartados cómo se llevaba a cabo el encuentro con el producto consumido, dónde escucharon información de él, así como la información que poseían acerca de los riesgos y quiénes habían sido los actores claves en 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, así como algunos datos del historial clínico que pudieran ayudar a determinar las condiciones mínimas de salud en las que se realiza el consumo, además de dos preguntas finales: la complexión corporal con la que se perciben y el grado de conformidad que puedan sentir con ella.

El instrumento pasó por dos filtros de validación:

- a) La validación por expertos, en la que participaron cinco investigadores del tema de la salud y se procedió al pilotaje hasta que éste fue liberado por la totalidad de los críticos.
- b) Por piloteo, que consistió en entrevistar a diez mujeres y luego corregir el estilo y la forma de dirigir las preguntas, agregando dos preguntas que en su momento no habían sido consideradas; éstas fueron conocer si la persona poseía alguna derechohabiencia y si había gestionado ahí su tratamiento para adelgazar.

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

El levantamiento de la información

La decisión de qué manzanas y casas participaban en la investigación tuvo carácter aleatorio, a partir de los mapas obtenidos con el IRIS-SCINCE. Las entrevistas se llevaron a cabo en las viviendas seleccionadas, determinando sistemáticamente 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 de la misma manzana.

Para hacer un levantamiento rápido, se procedió al entrenamiento de seis personas que fungieron de apoyo durante esta etapa. En total siete entrevistadoras visitaron a 405 mujeres en su domicilio, distribuidas principalmente al norte, poniente y sur de la ciudad (véase figura 2).

En todos los casos el cuestionario se aplicó de manera individual y no fue autoaplicable, llevando un tiempo de registro para las encuestadoras de 5 a 15 minutos como máximo por cada mujer participante. Todos los cuestionarios se rellenaron con lápiz y tuvieron un espacio para hacer observaciones de campo de las entrevistadoras. Este apartado del instrumento contribuyó en gran medida a orientar el proceso de las entrevistas semiestructuradas.

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 el análisis y la descripción de las respuestas básicas otorgadas. Cabe señalar que el análisis de la mayor parte de los datos sólo llegó a hacerse con estadística descriptiva y con la medición de relaciones bivariantes, ya que con ello fue suficiente para responder las preguntas de investigación.

Los resultados obtenidos durante esta etapa cuantitativa se discutieron en el equipo 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 cuaderno de trabajo.

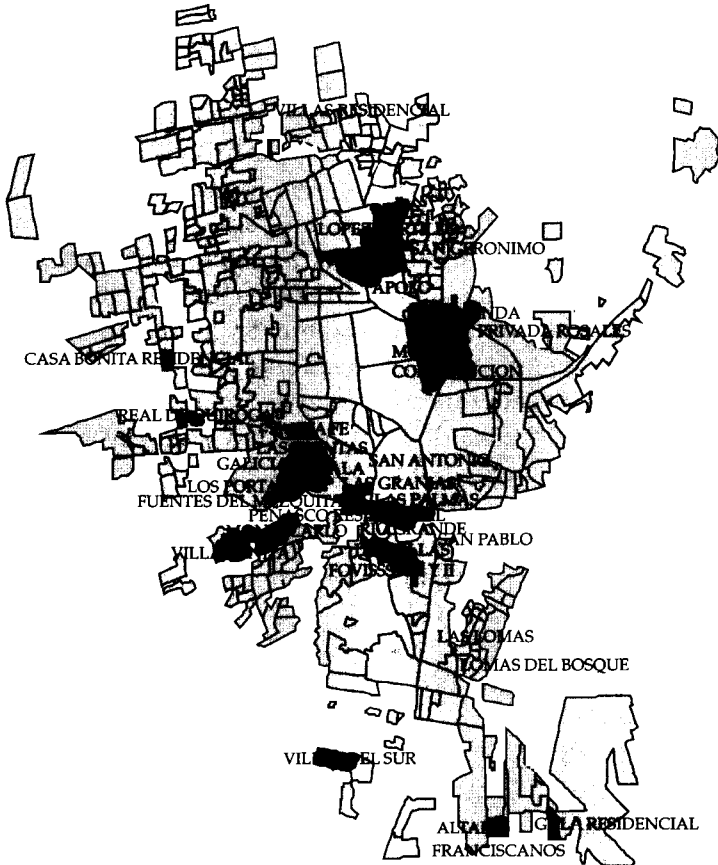
Planeación y realización de las entrevistas

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

El objetivo básico de esta etapa en la investigación 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 no habían sido cubiertos o respondidos con la encuesta (véase apéndice 2), 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 condiciones ocurre. Una va-

Figura 2.* Colonias de Hermosillo a las que pertenecen los domicilios sorteados en la encuesta



* En adelante, las figuras no contendrán al pie la referencia bibliográfica, pues todas se derivan de la presente investigación, es decir, son de elaboración propia.

riable importante que no midió el instrumento y que en las observaciones de campo resultó significativo, o que 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 concluyó que dos factores importantes serían la maternidad y la complexión del cuerpo. De nuevo, la complexión corporal no tuvo referencia en un índice de masa corporal, sino en el autorreporte, es decir, en la propia interpretación de la entrevistada respecto a su grosor corporal, la cual se preguntó como parte de la entrevista.

Se decidió también, con base en los resultados de la encuesta, que dado que dos terceras partes de las mujeres tenían un empleo remunerado, se agregara como criterio de inclusión que todas las entrevistadas fueran trabajadoras asalariadas, quedando finalmente cuatro muestras teóricas: las mamás que se consideran delgadas, las mamás que se consideran no delgadas, las mujeres que no tienen la experiencia de la maternidad y se consideran delgadas y las mujeres sin la experiencia de maternidad que se consideran no delgadas.

Aunque el propósito inicial fue obtener al menos ocho entrevistas –dos para cada subgrupo de entrevistadas–, fue difícil encontrar en el periodo destinado para esto a mujeres casadas sin la experiencia de maternidad. Finalmente se decidió tomar sólo seis entrevistas, cuatro de las cuales se habían hecho a mujeres con experiencia de maternidad y dos a mujeres sin hijos, ya que con la información recabada hasta ese momento se consideró que se contenían elementos para realizar el análisis de los datos que apoyara el proceso de encontrar similitudes y diferencias entre los subgrupos.

Todas las entrevistadas reunieron los criterios de inclusión:

- a) Que fueran mujeres entre 30 y 45 años.
- b) Que vivieran en un punto geoestadísticamente considerado de estrato medio.
- c) Que en los últimos seis meses hubieran consumido algún(os) producto(s) para adelgazar.
- d) Que trabajaran de forma asalariada (el criterio agregado a partir de los resultados de la encuesta).

A partir de la experiencia de una entrevista que se anuló, donde la persona a entrevistar había sido consumidora de un producto ilícito para adelgazar,⁵ se agregaron dos criterios de exclusión:

- a) Que el producto consumido no fuera alguno considerado ilícito o estupefaciente.
- b) Que la entrevistada no hubiera recibido un diagnóstico psiquiátrico en algún momento de su vida.

El primer resultado observado fue la escasa –por no decir nula– resistencia a realizar las entrevistas por parte de las mujeres participantes. Todas las mujeres fueron puntuales y dispuestas al diálogo a la hora de las preguntas.

La primera entrevista se dio a partir de la recomendación que hizo una mujer que fue encuestada en su domicilio acerca de una amiga que, desde su perspectiva, resultaba excelente informante. A la persona encuestada se le agradeció el dato, recordándole que las colonias ya estaban asignadas para la encuesta, pero se tomó la observación como posibilidad de entrevista. Después se corroboró en el mapa, de acuerdo a la dirección, que la

⁵ La persona era consumidora de “cristal”, 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.

persona sugerida para entrevistar perteneciera a un estrato medio. A partir de ahí se contactó a la persona, se firmó su consentimiento y se le ubicó en la categoría de análisis correspondiente y, con la técnica bola de nieve, una entrevistada llevó a otra (Martín-Crespo y Salamanca 2007).

Todas las entrevistas contaron antes de iniciar la grabación con la firma de consentimiento informado de las participantes; sin embargo, dicho consentimiento en la mayoría de los casos pareció poco relevante o algo que las mujeres ni siquiera creyeron necesario leer. En más de una ocasión, cuando se les leía, comentaron, por ejemplo, que no había problema, que “eso lo vemos después” o que no se les hablara de “usted” sino de “tú”, tratando ellas mismas de romper con la formalidad de la conversación, dando la apariencia de ser mujeres acostumbradas a tener conversaciones de este tipo con otras mujeres, o conocedoras de sus derechos como informantes, o bien poco interesadas en conocerlos.

Las mujeres parecieron estar acostumbradas a tener este tipo de situaciones –de diálogo– con otras mujeres; fue sorprendente 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 cuatro ocasiones en los domicilios de las mujeres y en dos ocasiones en sus lugares de trabajo, por disposición de las mismas informantes. Todos los diálogos fueron grabados y almacenados digitalmente para luego ser transcritos. En promedio se analizaron 83 minutos y 37 cuartillas de transcripción

–con interlineado sencillo y sin espacio entre párrafos– por cada una de las entrevistadas.

Los transcripores de las entrevistas fueron personas que radicaron fuera de la ciudad y a quienes desde el inicio de la grabación se les proporcionaba la clave de registro y código con la que se almacenarían los datos, sin la grabación de los datos de identificación. 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 algunos lineamientos de la teoría fundamentada, como herramienta para establecer de nuevo el vínculo entre el dato empírico y la teoría correspondiente, para finalmente hacer el análisis relacional con apoyo del *software* NVivo7 (©QSR, 2007).

La teoría fundamentada se eligió porque tiene la ventaja de poder utilizarse como modelo interpretativo o estrategia metodológica en combinación con otras perspectivas –cuando se quiere partir del objetivismo al subjetivismo– sin entrar en conflicto con sus raíces ontológicas; puede verse como un factor intermediario que permite ampliar el debate en la construcción y reconstrucción de la ciencia social (Morrow 1994, 3-34).

Limitantes de quien observó

Una de las limitaciones en el estudio es de tipo epistemológico, ya que se partió de la concepción de que, con base en las narraciones y los discursos de las mujeres, es posible identificar las prácticas. En realidad, cuando en el trabajo de investigación se habla de prácticas, se está haciendo alusión a las narraciones de lo que las mujeres dicen hacer con su cuerpo, las descripciones de las prácticas.

Otra limitante se puede encontrar en el uso de los datos demográficos, ya que los datos con los que se partió a campo fueron tomados del IRIS-SCINCE 2005 y ello suponía –al haberse realizado la investigación en 2010– aproximadamente cinco años de diferencia en el tiempo y con ellos una serie de cambios en las condiciones socio-económicas y de vivienda de las mujeres. La razón de hacerse así fue que en el 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, pero sí proyecciones correspondientes al año 2011 en la población blanco.

Finalmente, el tercer factor considerado como limitante 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 bajo el supuesto de que, aunque las mujeres que se definen a sí mismas como “amas de casa”, en realidad nunca dejan de ser trabajadoras, como lo afirman las estadísticas, e incluso pueden estar sometidas a una mayor presión social para mantener un cuerpo delgado por el hecho de “no trabajar”.

IV. Las mujeres consumidoras en números

De las 405 mujeres encuestadas, en representación de las 74 843 pertenecientes al estrato socioeconómico medio entre 30 y 45 años –equivalentes al marco muestral de la presente encuesta–, 52.3 por ciento (IC95%: 47.5-57.2%) consumió productos con la intención de adelgazar en los últimos seis meses.

Según el tipo de producto consumido, la prevalencia más alta fue el consumo de pastillas o cápsulas, encontrándose en 24.4 por ciento (IC95%: 20.2-28.6%) de la población femenina en el estrato medio de la localidad. Sigue al consumo de pastillas el consumo de licuados, bebidas e infusiones en 15.6 por ciento (IC95%: 12-19.1%) del total de la muestra.

Por su parte, la prevalencia en el uso de fajas o prendas de vestir compresoras del abdomen fue de 10.9 por ciento (IC95%: 7.8-13.9%), mientras que los tenis fueron usados por 9.4 por ciento (IC95%: 6.5-12.2%) de toda la muestra. Las cremas o ungüentos con la intención de adelgazar sólo se usaron en 3.7 por ciento (IC95%: 1.8-5.5%) de la población estudiada y también apareció un grupo minoritario de 1.5 por ciento (IC95%: 0.3-2.6%) de mujeres que se inyectaron de forma local en las áreas que desean reducir de talla.

Si a las mujeres que consumen actualmente algún producto con la intención de adelgazar se les sumaran las que respondieron que sí han consumido alguna vez, pero en otro periodo de la vida –diferente a los últimos seis meses–, se obtendría que en total 58 por ciento (IC95%: 53-63%) de las mujeres del estrato medio han comprado alguna vez productos en el mercado con la intención de adelgazar.

Esta mayoría describe una normalización de la práctica de buscar adelgazar y confirma que, en efecto, la delgadez y el consumo de productos para conseguirla son un tema importante en la vida cotidiana de las mujeres.

A continuación se desprenden las características del subgrupo de mujeres consumidoras de productos para adelgazar en un periodo reciente, es decir, los datos correspondientes a las mujeres que consumieron en los últimos seis meses productos para adelgazar, a fin de responder a la pregunta de investigación: ¿cuáles son las características del consumo en el estrato medio en la ciudad de Hermosillo, Sonora?

Las mujeres que consumen los productos para adelgazar

Acerca del lugar de nacimiento, la mayoría de las consumidoras son originarias de Hermosillo, Sonora (60.5 por ciento), que al sumárseles al resto de la población nacida en otras partes del estado representan 87 por ciento de la población total consumidora en la entidad. Cerca de 4 por ciento de las mujeres son originarias de Sinaloa y la minoría restante provino de otros estados de la república, Distrito Federal u otro país.

La migración de las mujeres consumidoras fue baja; solamente hacen referencia a viajes por motivos de vacaciones, trabajo o compras, pero el periodo de residencia en la localidad es largo, pues hasta las que provienen de fuera suman, con las originarias de la ciudad, más de cinco años consecutivos viviendo en ésta (89 por ciento).

Aproximadamente la mitad de las mujeres consumidoras (52 por ciento) vive con alguna pareja, ya sea casada o en unión libre, mientras que el resto se encuentra en su mayoría soltera o separada actualmente de la pareja (véase figura 3). La escolaridad de quienes consumen pro-

ductos para adelgazar en general fue alta, por arriba del promedio del índice de escolaridad en el país para las mujeres en localidades urbanas; así, los años mínimos cursados fueron 9, equivalente a la secundaria terminada, mientras que la cantidad máxima de ciclos escolares cursados fueron 19, correspondiente al nivel de maestría o posgrado. La media en la escolaridad del grupo de consumidoras fue de 14 años escolares (DE: 0.17), 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.

Las dos terceras partes de las mujeres consumidoras (67 por ciento) reportó que cuenta con un empleo remunerado fijo, mientras que la parte restante es ama de casa (véase figura 4). Los empleos remunerados más frecuentes fueron las dependencias de gobierno (25 por ciento) y las empresas, donde las mujeres pueden ser empleadas (22 por ciento) o microempresarias (8 por ciento).

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 por ciento de mujeres que no mencionó ningún tipo de afiliación (véase figura 5) y que se asocia al autoempleo, al desempleo temporal y la prestación de servicios profesionales en calidad de independientes.

Los productos que se consumen para adelgazar

Dentro de las consumidoras, 78 por ciento de las mujeres reportó estar consumiendo sólo un producto para adelgazar y alrededor de 22 por ciento reportó estar consumiendo dos o más productos de forma simultánea. La máxima cantidad de productos consumidos al mismo tiempo fue 4 y se registró sólo en una persona.

Figura 3. Características sociodemográficas de las consumidoras de productos para adelgazar en Hermosillo, 2011

	n	Porcentaje (%)
Estado civil		
Casada	98	46.7
Soltera	55	26.2
Unión libre	11	5.2
Madre soltera	6	2.9
Separada	20	9.5
Divorciada	16	7.6
Viuda	2	1
No respondió	2	1
	210	100
Escolaridad		
Secundaria	16	7.6
Preparatoria terminada	58	27.6
Carrera técnica o trunca	29	13.8
Profesional	94	44.8
Especialidad o posgrado	13	6.2
	210	100
Religión		
Católica	134	63.8
Ninguna	58	27.6
Cristiana	14	6.7
Adventista	3	1.4
Testigo de Jehová	1	0.5
	210	100

Figura 4. Empleos de las mujeres consumidoras de productos para adelgazar en Hermosillo, 2011

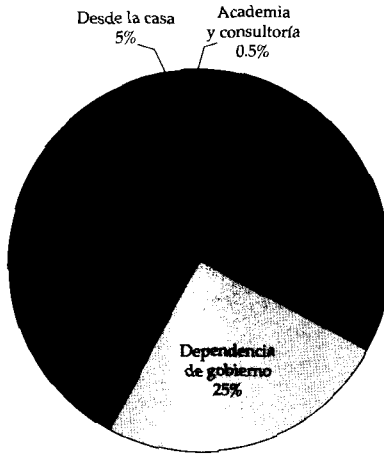
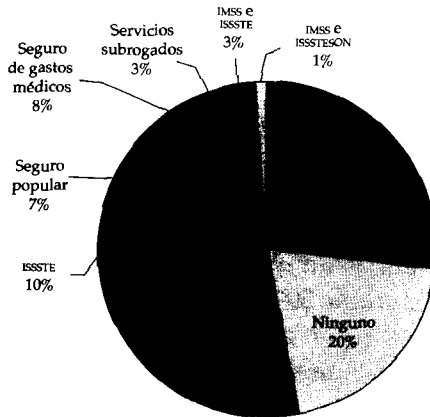


Figura 5. Afiliación a los servicios de salud en mujeres consumidoras de productos para adelgazar en Hermosillo, 2011



El tipo de producto para adelgazar que más se consume entre las mujeres son los medicamentos, que son usados por 47 por ciento de las consumidoras. De la totalidad de pastillas y cápsulas consumidas, prácticamente la mitad contienen Orlistat como sustancia activa, la cuarta parte contiene el ingrediente activo “alcachofa” (véase figura 6) y el resto se diversifica en distintos componentes activos.

Figura 6. Distribución total de cápsulas y pastillas para adelgazar entre mujeres consumidoras en Hermosillo, 2011

	n	Porcentaje (%)
Alcachofa	27	27.3
Orlistat	17	17.2
Xenical	14	14.1
Meizitang (“pastillas chinas”)	14	14.1
Pso Exacto	8	8.1
Redustat	6	6.1
Sibutramina	3	3
Metaboltonics	2	2
Chromium Picolinate	2	2
Cápsulas de moringa	2	2
Amsa Fast	1	1
Glucophage	1	1
Mazindol	1	1
Acai Berry	1	1
Total	99	100

La alcachofa es un producto que se suponía retirado del mercado durante 2010 por la COFEPRIS, además de otros medicamentos como el Pso Exacto, Sibutramina y las cápsulas de moringa. Un caso que llamó la atención fue

el de una mujer que señaló haber consumido Glucophage, un medicamento recetado para el tratamiento de diabetes mellitus, pues según el autorreporte de la consumidora, aunque ella no padece diabetes, desde su perspectiva, le ayuda a manejar el azúcar en su organismo y evitar que ésta se convirtiera en grasa.

El 2.8 por ciento de las mujeres consumidoras no se medica a través de pastillas o cápsulas, sino a partir de inyecciones locales de L-carnitina (1.4 por ciento) y ampollitas de alcachofa (1.4 por ciento). Las consumidoras reportaron que para su compra no requirieron receta médica y ellas mismas hacen la aplicación de las ampollitas en las zonas corporales donde quieren disminuir la grasa.

El 30 por ciento de las mujeres consumidoras son usuarias de malteadas, licuados e infusiones. La distribución de la totalidad de las bebidas, de acuerdo al nombre reportado por las mujeres se registra en la figura 7.

De la misma forma que las alcachofas, el producto Slim-Fast había sido uno de los que se anunció en 2010 que se retiraría del mercado, tanto por cuestiones de publicidad engañosa como por contaminación (*Revista del Consumidor* 2009); sin embargo, las mujeres consumidoras reportaron ingerirlo tanto en presentación líquida como en polvo para disolver.

Respecto a las prendas de vestir y calzar, los productos de calzar sobresalientes reportados fueron los tenis; entre éstos se nombraron solamente tres marcas o tipos: Fitness Step (10 por ciento), que fue el producto mayoritario, Step Gym (5.2 por ciento) y Vibro Step (2.9 por ciento).

Acerca de las prendas de vestir, 21 por ciento de las mujeres consumidoras de productos mencionaron que usaban vendas envolventes, corsés enteros y las llamadas "fajas". Su frecuencia de uso por marcas –o nombres utilizados por las consumidoras– se enlista en la figura 8.

Figura 7. Distribución total de licuados, infusiones y suplementos alimenticios entre mujeres consumidoras, Hermosillo, 2011

	n	Porcentaje (%)		n	Porcentaje (%)
Herbalife	20	33.3	Sim One	1	1.6
Té verde	5	7.9	GNC Plus	1	1.6
Omniplus	4	6.3	Café Metabol	1	1.6
Slim Fast	4	6.3	Té de hierbas naturales	1	1.6
Té rojo	4	6.3	Nutrilite	1	1.6
Té Alcachofivida	4	6.3	T-S Abdomen	1	1.6
Té Kg	2	3.2	Delinea-Té	1	1.6
CEI Activador	2	4.2	Nutrishake	1	1.6
Té adelgaC	1	1.6	TermoJetics	1	1.6
Suplemento vitamínico de Slimfast	1	1.6	Mega Health	1	1.6
Gastrian	1	1.6	Fiber N Plus	1	1.6
Té de toronja	1	1.6	Moringa	1	1.6
Metabol Té	1	1.6	Sin nombre	10	1.6
Total				63	100%

Dentro de las observaciones de las encuestadoras, estuvo la aclaración de que las mujeres advierten que el uso de fajas y corsés es para reducir talla y no peso. Las mujeres las usan con la intención de adelgazar sólo el área de abdomen y cintura.

Por su parte, los productos cosméticos (véase figura 9) sólo fueron consumidos por 8.6 por ciento del grupo de mujeres que consumieron al menos un producto con la intención de adelgazar.

Figura 8. Distribución total de prendas de vestir, usadas con la intención de adelgazar

	n	Porcentaje (%)		n	Porcentaje (%)
Faja Avon	8	18.2	Venda post-masaje	1	2.3
Body Frederick	7	11.4	Banda Innova	1	2.3
Body Innova	4	9.1	Body Avon	1	2.3
Body Siluet	4	9.1	Venda azul terapéutica	1	2.3
Venda elástica	3	6.8	Venda de neopreno	1	2.3
Faja Frederick	3	6.8	Corsé Avon	1	2.3
Sin nombre (de marca)	2	4.5	Body Kishisa	1	2.3
Faja Kishisa	2	4.5	Body Ilusión	1	2.3
Body Loveland	2	4.5	Venda post-masaje	1	2.3
Faja gruesa comprada en Walmart	1	2.3	Banda Innova	1	2.3
Total				44	100%

Figura 9. Distribución total de cremas y ungüentos consumidos con la intención de adelgazar

	n	Porcentaje (%)
Pso Exacto	4	26.7
Biotherm	3	20.0
Siluet 40 reafirmante	3	20.0
Astro	2	13.3
Crema hecha en casa	2	13.3
Crema Metaboltonics	1	6.7
Total	15	100

La frecuencia de uso de los productos que compran fue alta; se encontró que la mayoría de las mujeres (60 por ciento) que consumen un solo producto lo hacen a diario, es decir, ingieren, visten o usan el producto para adelgazar una o más veces al día.

El gasto, los motivos y la asesoría de las consumidoras

El costo económico de los productos para adelgazar es diverso; cabe hacer notar que las mujeres suelen recordar con facilidad cuánto les costó el producto en la época en la que lo compraron. El gasto mínimo invertido en un producto puede ser de 30 pesos mensuales, que corresponde a una venda elástica o a una caja de té de hierbas, mientras que el gasto más alto puede observarse en un paquete de bebidas para sustituir el desayuno durante un mes, o bien un par de tenis vibratorios, que pueden llegar a costar cerca de 1 800 pesos.

Sumando todos los tipos y marcas comerciales, las consumidoras en la muestra gastaron 129 249 pesos en el último mes en dichos productos, que en promedio son 491.44 por cada producto adelgazante, es decir, aproximadamente 7.3 salarios mínimos por producto consumido. En cambio, el promedio de gasto por toda la muestra –incluyendo a las no consumidoras– fue de 335 pesos (IC95%: 291-369), lo que equivale a un gasto para estos productos de entre 21 704 470 y 28 365 497 de pesos mexicanos al mes en la localidad, realizado sólo por las mujeres de estrato socioeconómico medio, entre 30 y 45 años.

La percepción de la mayoría de las mujeres que eran consumidoras fue que los productos tenían precios accesibles y regulares (66 por ciento). Sólo a 5 por ciento le pareció caro el precio del producto o el gasto realizado en

el mes, en contraste con 11 por ciento que opinó que era barato y también existió 18 por ciento al que le pareció sólo “un poco caro”.

Acerca de los motivos para adelgazar, como se puede apreciar en la figura 10, algunas mujeres esgrimieron más de un argumento para justificar el consumo de los productos; la mayor parte se refieren a la salud y la estética. Si se hace una reagrupación de los motivos, se tendría que los discursos más comunes fueron la salud, la estética o imagen personal y la disminución o prevención de enfermedades, en donde 61 por ciento de los motivos tendría que ver –de acuerdo al discurso– con la salud y la prevención de enfermedades.

Figura 10. Motivos para consumir productos para adelgazar en las mujeres consumidoras

	n	Porcentaje (%)
Por salud	106	50.5
Por estética/presentación/imagen personal	49	23.3
Por salud y estética	24	11.4
Porque ya no me quedaba la ropa	19	9
Por agradar/seguir gustando a la pareja	5	2.4
Por salud y porque ya no me quedaba la ropa	3	1.4
Por experimentar	1	0.5
Por estética y porque ya no me quedaba la ropa	1	0.5
“Porque parecía que seguía embarazada”	1	0.5
“Porque este cuerpo no es el mío”	1	0.5
Total	210	100

Si el mismo ejercicio de englobar respuestas se hace para la respuesta “estética” con “reducir talla/ que me quede la ropa bien” e “imagen laboral”, se encontraría que 47 por ciento de los casos de consumo están motivados por aspectos ligados a la percepción de imagen y belleza de las mujeres consumidoras. Salud y belleza son entonces las dos grandes categorías conceptuales a las que recurren las mujeres como motivación para consumir.

Acerca de la atención médica y la asesoría recibida antes del consumo, sólo 3 por ciento de las consumidoras aseguró, al preguntárseles, haber intentado realizar algún trámite o proceso para obtener el producto en su centro de salud. Ese 3 por ciento, que corresponde a 7 casos o 1.73 por ciento del total de la muestra –consumidoras y no consumidoras– (ic95%: 0.4-3%) percibieron la experiencia de forma positiva en 3 casos y de forma negativa o desalentadora en 4.

Sólo 16 por ciento de las consumidoras u 8.4 por ciento (ic95%: 5.7-11.1%) del total de la muestra afirmó haber visitado a alguien que para ellos es un experto(a) en el tema. Las especialidades médicas o profesión del experto que recomendó el tratamiento para este subgrupo minoritario se detallan en la figura 11.

El 84 por ciento de las mujeres consumidoras que no visitan a un profesional o acuden a consulta piden información principalmente a otras usuarias. En la figura 12 se describe la totalidad de las fuentes de información a las que las mujeres consumidoras acuden para saber qué tratamiento les puede ser útil. Se observa una predominancia de las fuentes verbales o personales de información sobre los medios electrónicos o impresos, que también están presentes en 5 por ciento de las mujeres consumidoras.

Figura 11. Especialidad del profesional de salud que recomendó el producto a las mujeres consumidoras de al menos un producto para adelgazar, Hermosillo, 2011

	n	Porcentaje (%)
Médico general	13	38.2
Nutriólogo(a)	7	20.6
Farmacéutico(a)	7	20.6
Internista	4	11.8
Endocrinólogo(a)	2	5.9
Ginecólogo(a)	1	2.9
Total	34	100

Figura 12. Fuente de información acerca del producto para adelgazar cuando no hubo cita con especialista que lo recomendará, Hermosillo, 2011

	n	Porcentaje (%)
Un usuario(a)	105	60.0
Empleado(a) de la tienda, vendedor, persona que atiende mostrador	29	16.6
Comercial de televisión o anuncios en medios impresos	26	14.9
Portal web	6	3.4
Una revista médica	4	2.3
No hubo persona que me lo recomendará, yo fui a comprarlo directamente	3	1.7
Un homeópata / hierbero	2	1.1
Total	175	100

Cuando se preguntó a las mujeres consumidoras si además del consumo de sus productos, recurrían a servicios u otras actividades complementarias para lograr o mantener la delgadez, se encontró que 78 por ciento de las consumidoras de productos contrata servicios de forma simultánea, con el mismo propósito de adelgazar (véase figura 13). Estos servicios en su mayoría son la renta de espacios para la realización de prácticas de ejercicio o gimnasios, mientras que en una minoría fueron servicios de alimentos nutritivos o servicios de medicina alternativa, como los masajes o el yoga. Las prácticas como el “zumba” y los gimnasios particulares constituyen actividades que implican traslado fuera de los hogares. Esto llama la atención, pues, como se mencionó acerca del contexto, las condiciones climáticas son regularmente adversas para ello en la localidad.

Figura 13. Actividades y servicios simultáneos al consumo de productos en las mujeres consumidoras de al menos un producto para adelgazar, Hermosillo, 2011

	n	Porcentaje (%)
Caminar/correr/trotar	84	40.0
Ninguna	46	21.8
Ejercicio comunitario/zumba/baile	29	13.8
Pago gimnasio	21	10
Dieta por mi cuenta	13	6.2
Pago dietista	8	3.8
Acupuntura/balines	4	1.9
Pago masajes reductivos	3	1.4
Cirugía	1	0.5
Hago yoga	1	0.5
Total	210	100

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

Al preguntarles acerca de la efectividad del producto que consumían, la mayoría de las respuestas se encontraron en el rango de regular (52.8 por ciento), es decir, sin mostrar una tendencia hacia la idea de que los productos sean muy efectivos, pero tampoco anulando la probabilidad de que el producto pueda tener el efecto deseado.

La medición de la efectividad del producto se indica en la ciencia biomédica a partir de la disminución del índice de masa corporal, que básicamente se logra al disminuir el peso. Al preguntarles a las mujeres si sabían cuánto peso habían perdido en el último mes utilizando los productos, 45 por ciento respondió desconocerlo, ya sea porque no se habían pesado antes de empezar a usar el producto o porque no se habían pesado recientemente para hacer la estimación. El 55 por ciento restante de las mujeres, las que dijeron saber cuánto peso habían perdido en el último mes, afirmaron haber perdido medio kilo como mínimo y 5 kilos como máximo.

El rango en el índice de masa corporal calculado por autorreporte entre las que sí acostumbran pesarse fue de 19 a 46, con una media de 26.6 (DE: 3.97), es decir, con un diagnóstico de sobrepeso, según la norma oficial.

El 44 por ciento de las mujeres consumidoras afirmó que estaba dejando el consumo o pensaba dejarlo, pero sólo 1 por ciento de las consumidoras que estaban abandonando el tratamiento o producto mencionó que el motivo de dejar el producto eran las molestias.

Al preguntarles qué tipo de malestares han tenido desde que consumen los productos registrados en la en-

cuesta, tres cuartas partes de las mujeres consumidoras (74.3 por ciento) especificó que ninguno, o bien que los padecimientos que tenían no habían empezado estrictamente después del uso del producto. El resto de las mujeres consumidoras atribuyeron al consumo de su(s) producto(s) diversas reacciones o malestares (véase figura 14), pero cabe recordar que se trata solamente de una cuarta parte del total de las consumidoras.

Figura 14. Malestares identificados a partir del consumo del / de los producto(s) para adelgazar en consumidoras que reportaron alguna complicación, Hermosillo, 2011

	n	Porcentaje (%)
Me da calor	7	13.0
Boca seca/sed	7	13.0
Dolor de cabeza ocasionalmente	5	9.3
Pérdida severa del apetito	4	7.4
Dolor de cabeza e insomnio	4	7.4
Insomnio	4	7.4
Ida a orinar constante	3	5.6
Indigestión/estreñimiento	3	5.6
Ansiedad	3	5.6
Dolor de cabeza y mareo	3	5.6
No puedo respirar bien	2	3.7
Sed y náuseas	2	3.7
Depresión	1	1.9
Agresividad	1	1.9
Presión alta	1	1.9
Dolor de espalda	1	1.9
Desmayo/baja de azúcar	1	1.9
Diarreas	1	1.9
No pudo especificar	1	1.9
Total	54	100

Como puede observarse, algunos de estos malestares están asociados a las reacciones adversas que se advierten en los empaques de los fármacos para adelgazar. Sin embargo, al no llevar un registro sistemático de las sensaciones y malestares, se desaprovecha la oportunidad de identificar una sospecha de RAM.

Sólo 24 por ciento de las mujeres consumidoras cree que el consumo de productos para adelgazar puede poner en riesgo su salud –aun cuando lo consume–, un porcentaje muy parecido al de las mujeres que está identificando molestias después del consumo de los productos.

Cuando se les preguntó cuáles eran los riesgos que no estaban dispuestas a asumir en el consumo de sus productos, 4 de cada 10 mujeres respondió que enfermedades graves que requirieran hospitalización o que las incapacitara, 20 por ciento dio respuestas que tienen que ver con el estado emocional –depresión, ansiedad, sueño–, mientras que 15 por ciento respondió que dejaría de usarlo sólo si el producto doliera mucho durante su uso. Resultó sobresaliente que menos de 4 por ciento de las mujeres afirmó, al menos en el discurso, que no estarían dispuestas a correr ningún riesgo y que en el momento en que el producto les generara alguna incomodidad o malestar dejarían de usarlo.

Entre las contraindicaciones que las mujeres consumidoras recordaron que contenían los envases de sus productos están: “no usar en el embarazo”, “no usar en la lactancia” 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. La percepción de una posible reacción o riesgo, aunque no se conozca, se intuye, al otorgar respuestas en las que se privilegia el embarazo, como periodo en el que se recomienda que la mujer no se medique ni consuma sustancias adictivas.

Finalmente, cuando se les cuestionó sobre lo que se podría hacer –hipotéticamente– en caso de que un producto comprado no tuviera el efecto esperado o, por el contrario, produjera aumento de peso o malestar, las mujeres respondieron en su mayoría (57 por ciento) que lo mejor era “dejar de usarlo” (véase figura 15).

Figura 15. Alternativas de respuesta otorgadas por las mujeres consumidoras de productos para adelgazar cuando un producto falla, Hermosillo, 2011

	n	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

Como puede observarse, las estrategias, comparadas con las listas de productos, resultaron escasas, siendo la práctica de dejar de consumirlos la que se esperaba que las mujeres implementen con mayor frecuencia ante una desilusión del producto.

Historial clínico e imagen corporal en las consumidoras

En cuanto a los antecedentes clínicos, se encontró que 35 por ciento de las mujeres consumidoras presenta historial de padres diabéticos, 31 por ciento padres con hipertensión, 4 por ciento de problemas de tiroides y 8.6 por ciento de los casos haber tenido algún familiar directo con algún tipo de cáncer.

El 84.3 por ciento de las mujeres consumidoras reportó no padecer ningún tipo de alergia, mientras que el resto reportó padecer alguna, entre las que sobresalen la reacción al polvo (10 por ciento), a la penicilina (1 por ciento) y al jabón de tocador o cosméticos (1 por ciento).

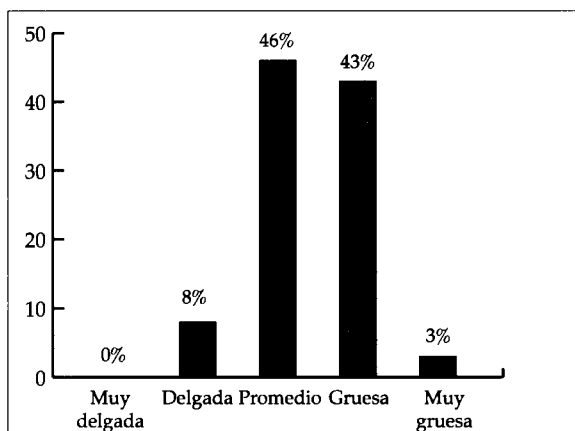
Cuando se les preguntó si tenían algún padecimiento diagnosticado, la mayoría (89 por ciento) respondió que no. Las mujeres consumidoras que, en cambio, ya han sido diagnosticadas de alguna enfermedad crónica en sus vidas reportan estar enfermas de hipertensión (8 por ciento), diabetes (2 por ciento), colitis y gastritis (2 por ciento), trastorno en tiroides (1 por ciento), colesterol alto (1 por ciento) y dermatitis (1 por ciento), enfermedades que guardan relación con los hábitos alimentarios y de consumo, así como con el manejo del estrés y el estilo de vida sedentario.

Al preguntarles la cantidad de cirugías que se han realizado, de cualquier tipo, se encontró que a 51 por ciento de las mujeres consumidoras nunca se les ha intervenido, mientras que a 26 por ciento se le ha intervenido en una ocasión y a 23 por ciento en dos o más ocasiones. Una de las observaciones de las encuestadoras fue que, aunque no se preguntó en el cuestionario, la cesárea fue, al parecer, la cirugía más recurrente o la más mencionada entre las mujeres.

Sobre la imagen corporal, al preguntarles a las mujeres consumidoras cuál era su complejión, la mayoría in-

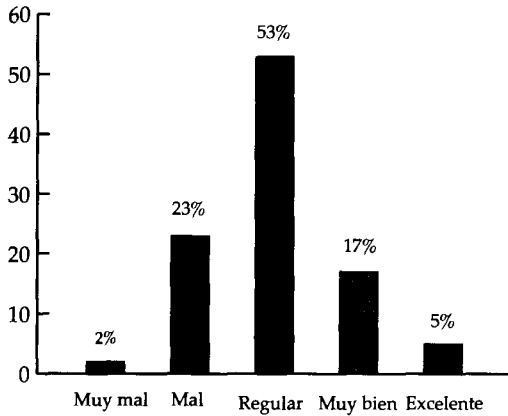
dicó que su complexión corporal era entre regular y gruesa, tal como lo muestra la figura 16. Llama la atención que nadie se consideró en la categoría de “muy delgada” y sí en cambio 3 por ciento de las consumidoras se asumió en la categoría de “muy gruesa”.

Figura 16. Complexión en mujeres consumidoras de productos para adelgazar, según autorreporte, Hermosillo, 2011



La media en la percepción de la complexión las sitúa por arriba de lo que ellas consideran una complexión promedio. Al preguntarles, en cambio, cómo se sentían con el hecho de tener esa complexión, se encontró que la satisfacción que pueden sentir con sus cuerpos se invirtió en función del grueso corporal percibido, tal como se observa en la figura 17. La mayoría de las mujeres consumidoras (76 por ciento) se siente de regular a mal con su cuerpo, al mismo tiempo que se sienten de regular a gruesa con su complexión (89 por ciento).

Figura 17. Cómo se sienten con su complexión corporal las mujeres consumidoras de productos para adelgazar, Hermosillo, 2011



Finalmente, se encontró una correlación negativa entre la satisfacción corporal de las mujeres consumidoras y la percepción de su grosor o complexión corporal, es decir, se observó que a mayor grosor o complexión corporal percibida, la satisfacción corporal es menor (coeficiente de correlación de Pearson= -0.39 $p < 0.01$).

Los datos obtenidos con la encuesta permitieron visualizar no sólo la magnitud de la práctica de consumo para adelgazar entre las mujeres adultas de la localidad, sino además caracterizar este consumo. Esto anunció la importancia que tienen las categorías perceptuales de las mujeres para detonar o no los procesos que conducen al consumo.

V. El discurso de las mujeres: significados de la búsqueda de la delgadez y consumo

A continuación se narran los resultados de las entrevistas semiestructuradas, realizadas para responder a la pregunta de investigación: ¿qué significados tiene para las mujeres la delgadez y el consumo de dichos productos?

Al visitar a las mujeres, se pudo observar que las viviendas de las participantes en entrevista coincidieron también con las características descritas por el INEGI para los estratos medios. En cuanto al nivel socioeconómico, podría decirse que las mujeres entrevistadas obtuvieron ingresos,⁶ parecidos a los deciles IV al VII de la Encuesta Nacional de Ocupaciones y Empleos (ENOE) 2010, es decir, entre los 18 y los 33 mil pesos mensuales. Cabe señalar que aunque todas perciben un salario por su trabajo, sólo la mitad de ellas estuvo afiliada a un sistema de seguridad social. Algunas características personales de las participantes se concentran en la figura 18.

“Hay que tener energía”

Respecto a los discursos de sus contextos laborales, los resultados fueron que todas y cada una de las entrevistadas son mujeres con una carga laboral intensa, donde trabajan jornadas completas aun cuando estén contrata-

⁶ Considerando el ingreso total de los miembros de las viviendas, es decir, sumando también las jubilaciones o ingresos del esposo, las transferencias, los ingresos compartidos con padres, etcétera.

das 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, muy por debajo del promedio nacional obtenido por el Instituto Nacional de Salud Pública (2012b) en la ENSANUT 2012. Sus narraciones dan cuenta del estrés al 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:

Lo 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 ocho horas laborales, uf, se quedan muy cortas... y a mí me encanta enseñar... y creo que soy buena en eso (Esther, complejión delgada [D]).

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 [expresión corporal], como que no [puedo dormir], batallo un poco (Gabriela, D).

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

Figura 18. Características personales de las mujeres consumidoras entrevistadas para el estudio

<p>Patricia</p> <p>Edad: 38 Estado civil: casada Maternidad: 2 hijos Ocupación: microempresaria y empleada Jornada: doble turno Derechohabiencia: IMSS Escolaridad: licenciatura trunca Recreación: ir a salones de belleza, viajar, spa, yoga y caminar Producto: pastillas y suplemento Complejión: no delgada (ND) Peso: 89 kilogramos</p>	<p>Mariana</p> <p>Edad: 44 Estado civil: separada Maternidad: 3 hijos Ocupación: microempresaria Jornada: tiempo completo Derechohabiencia: ninguna Escolaridad: licenciatura Recreación: clases de cocina, grupos de autoayuda y desarrollo personal, yoga y zumba Producto: suplemento alimenticio, té y tenis Complejión: no delgada (ND) Peso: 78 kilogramos</p>	<p>Lorena</p> <p>Edad: 38 Estado civil: casada Maternidad: 3 hijas Ocupación: microempresaria y empleada del ramo industrial Jornada: doble turno Derechohabiencia: IMSS Escolaridad: preparatoria Recreación: ir a salones de belleza, desfiles de moda, spa y utilizar Internet Producto: tenis y pastillas Complejión: delgada (D) Peso: 54 kilogramos</p>
<p>Gabriela</p> <p>Edad: 44 Estado civil: casada Maternidad: 1 hija Ocupación: psicóloga Jornada: medio tiempo Derechohabiencia: ISSSTE, por trabajo del esposo Escolaridad: posgrado Recreación: ir de compras, ir al gimnasio, leer, teatro, hacer yoga y meditación Producto: té y tenis Complejión: delgada (D) Peso: 51-53 kilogramos</p>	<p>Esther</p> <p>Edad: 36 Estado civil: casada Maternidad: no Ocupación: maestra de baile Jornada: medio tiempo Derechohabiencia: ninguna Escolaridad: licenciatura Recreación: salir y convivir entre parejas, fiestas, cine y cuidado de mascotas Producto: té y gel Complejión: delgada (D) Peso: 54-56 kilogramos</p>	<p>Perla</p> <p>Edad: 31 Estado civil: soltera Maternidad: no Ocupación: maestra de inglés y estudiante de maestría Jornada: horas por semana Derechohabiencia: ninguna Escolaridad: licenciatura Recreación: salir con amigas, ir al cine, leer, viajar y usar redes sociales Producto: pastillas Complejión: no delgada (ND) Peso: 106-110 kilogramos</p>

trabajos "de planta"⁷ 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 (Lorena, D).

El tiempo que dedican a permanecer de pie es notoriamente mayor al que ocupan en descansar 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 dos horas al día en diversas actividades que implican movimiento, lo que habla del alto valor que le dan a la activación física. Sólo dos entrevistadas refirieron no ir al gimnasio y una era porque en el momento de la entrevista estaba incapacitada tras una cirugía.

Para las que sí se ejercitan, esta práctica es muy importante y está vinculada al rendimiento que esperan obtener del producto que consumen para adelgazar:

El ejercicio... es maravilloso... todas esas endorfinas dan para arriba. Hay que hacer(lo) para no dejar de gastar energía (Esther, D).

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

⁷ Aunque no las inscriban en un sistema de seguridad social, sus trabajos son permanentes, ya sean por horas o por medios turnos.

estar pa' todos lados, jeje... como que no hacerlo me da un bajón (Lorena, D).

Según señalan Esther y Lorena, el producto consumido cumple una doble función; por un lado, la de adelgazar y, por otro, que logren un mayor rendimiento físico y las mantenga 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, D).

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, complexión no delgada [ND]).

Las mujeres entrevistadas hablaron con mucha frecuencia de los mecanismos fisiológicos que se supone se desencadenan en su cuerpo a partir del consumo del producto, pero, en cambio, desconocen las contraindicaciones y las posibles reacciones adversas de lo que consumen, corroborando con ello lo frecuente que es que ignoren los efectos indeseados de sus productos. Ninguna de las entrevistadas mencionó alguna vez las palabras "reacción", "RAM", "efecto" o "consecuencia", utilizadas frecuen-

temente en las etiquetas de los envases o en el lenguaje médico, a pesar de que la mayoría de ellas se jactaron de leer o investigar. Cabe recordar que 5 de las 6 entrevistadas tenían estudios profesionales. Al respecto, Patricia reflexionó durante la entrevista:

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, ND).

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 reacción, 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. Como narró Gabriela:

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, D).

Algo que en las entrevistas fue general –de la misma manera 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 ha utilizado. La recomendación de otra mujer es suficiente entonces para dar por conocido el tratamiento. Todas las entrevistadas que reconocieron haber comprado algo incentivado por un nutriólogo, el despachador de la far-

macia o un entrenador en el gimnasio o el yoga lo hicieron porque además ya alguna mujer les había recomendado el producto. Como comentó Patricia:

Porque yo no me arriesgaría nunca a comprar algo nuevo... cualquier cosa, así nada más, en el súper (Patricia, ND).

Esas [pastillas] yo se las pregunté a mi tía (Lorena, D).

A mi mamá le funcionó, pero luego yo quise [tomar las pastillas] y a mí no me hicieron (Perla, ND).

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 el tema del adelgazamiento, pues aparecen, prácticamente con el mismo nivel de jerarquía –atribuible a los “títulos”, “estudios”, “prestigio” y “experiencia”– los nutriólogos, terapeutas, entrenadores, psicólogos y “expertos en belleza” (masajeadores, lipoescultores y vendedoras de prendas de vestir).

Aun cuando el producto haya sido consumido saltándose las contraindicaciones o desconociendo el mecanismo por el que se supone adelgazarán, las mujeres se aventuran a consumir el producto recurriendo a la probabilidad de que a ellas no les ocurran los efectos indeseados, o bien argumentando que lo dejarán de usar en cuanto se “sientan mal”, como ya ha ocurrido en su larga serie de productos que han consumido y no han tenido éxito. De ello da cuenta Lorena al narrar una de sus experiencias 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 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!” (Lorena, D).

El indicador corporal del estado de salud o enfermedad está anclado en las sensaciones corporales y en ocasiones en el monitoreo –o regaño– de expertos; pero ellas atienden fundamentalmente los indicadores de salud y bienestar que ellas mismas establecieron.

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, D).

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 expresó Lorena:

Si no [tomara pastillas y caminara con tenis]... ya no podría rendir (Lorena, D).

La taquicardia, ansiedad, sed, dolor de espalda o de estómago suelen verse como alteraciones por el uso del producto, pero a las que prácticamente ya están acostumbradas y no lo perciben como un problema de salud, o no 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 o ágiles, suelen interpretarlo como sensaciones benéficas compensatorias, aunque el consumo de esos productos no logra el objetivo original de adelgazamiento, es decir, si les provee la suficiente energía para realizar el conjunto de tareas inmediatas del día y lo consideran benéfico.

Según las entrevistadas, sentirse bien no está exento de dolor, sobre todo si usan prendas de vestir o calzado; basta con tener un cierto grado de control sobre el malestar corpóreo percibido, que les permita ejercer puntualmente sus múltiples roles durante el día. En algunas ocasiones, soportar el dolor incluso puede ser parte de una especie de rito o sacrificio para conseguir algo valioso, como cuando tienen que restringirse 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, D).

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 (Elias 1987; Félix 2001).

Los valores de puntualidad, disciplina—excelencia, en términos bourdianos— del campo laboral se comparten en el seno de sus hogares y para ellas es de suma importancia resolver las innumerables situaciones de conflicto en su vida cotidiana y, además, solucionarlas exitosamente, a fin de no generar “frustraciones” y en conse-

cuencia 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 mí el estrés... lo manejo por comer [sic]... 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 sobre todo que he tenido muchas... miles de cosas que se me vienen a la mente (Patricia, ND).

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

Estar bien tiene que ver con la exigencia –incorporada– que se hacen para saber manejar situaciones de tensión en el hogar, familiar y de pareja, así como el estrés laboral; ello explica el alto valor que adjudican al ejercicio como detonador de energía. 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] (Patricia, ND).

No ser capaces de resolver las situaciones cotidianas, o verse a sí mismas agotadas para hacerlo, les significa enfermedad, tristeza o visualizarse como personas in-

capaces, como lo describe Lorena cuando afirma que no necesita descansar a pesar de trabajar doble jornada (16 horas diarias):

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 deprimó 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 (Lorena, D).

Tener movimiento y dinamismo es tener 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. Aunque la salud la perciban como algo mucho más abstracto, que al mismo tiempo, la hace poco accesible, como la define Esther: "Para mí la salud... es todo". Los discursos sobre la salud se expresan en dos vertientes: o son notoriamente subjetivos, o bien notoriamente biomédicos y mecanicistas. La mayoría de ellas se expresan con metáforas en las que hablan de sus cuerpos como si se tratara de máquinas, cosas o aparatos, muy particulares o al servicio de los demás, pero al fin objetos susceptibles de manipulación mecánica. Como manifiestan 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, D).

Hay que hacerse estudios... darse una escaneada, ¿no? (Mariana, ND).

La observación y mantenimiento de sus cuerpos les genera la *illusio* de tener el control y de estar apropiadas de ellos, pero esto las condiciona a una marcada dependencia de la imagen y el estereotipo de belleza, como se verá más adelante. En cuanto a la imagen, Lorena dice algo que sintetiza sus nociones de salud:

La salud es sentirse y verse bien; para mí, es lo básico (Lorena, D).

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, la salud les sirve para verse bien y para cumplir con sus roles. Como comentó Esther:

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 máspreciado, 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, D).

Ante la pregunta ¿qué haces para mantenerte saludable?, las respuestas fueron diversas. Se encontró 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, D).

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, D).

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, es decir, de cumplir con la norma. Eso les genera satisfacción y es justo esta satisfacción lo que subrayan como parte de un “sentirse bien”; por ello es que la felicidad llega después de percibirse con salud. Aunque en la expresión de 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. Como comentaron Esther y Perla al hablar de lo que para ellas es la salud:

O 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 superdelgada tiene que estar sana... sobre todo si no se ve bien (Esther, D).

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, ND).

Respecto a su alimentación, las prácticas de discriminar ciertos alimentos frecuentemente aparecen en los discursos como parte de los requisitos para sentirse bien. Entendida como alimentación o como nutrición, ellas se comportan como conocedoras y expertas de lo que deben comer o no, para sus condiciones de vida o para su edad, incluso para su tipo de sangre o para su índice 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; han logrado dominar el impulso de comer lo que sea o en cualquier cantidad. Lorena y Patricia narran parte de la importancia que tiene para ellas la alimentación:

La alimentación 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 [sic]... pero no la 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, D).

Y es que nadie me va a estar vigilando lo que estoy comiendo... yo sé qué 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, ND).

En las mujeres con sobrepeso hay culpa por lo que comen, aunque la dieta no necesariamente sea alta en carbohidratos y no coman comida chatarra. 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 poscompra... que te quedas así como que... ¡chin!, ¿habré hecho esto bien?, creo que no me debí de haber comprado aquello, que estuve 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 cuando como con mucha hambre y que me atasco, pues entonces sí, me siento mal, porque está mal (Perla, ND).

La culpa es el sentimiento que acompaña por lo regular los periodos de no consumo de productos adelgazantes, de no hacer ejercicio y de no llevar un régimen alimenticio específico, especialmente cuando consumen alimentos que seguramente les generarán sobrepeso. Las palabras con las que ellas refieren procesos contrarios a estar delgadas o adelgazar son “engordar”, “inflarse”, “estar deforme”, “estar *out*”. También suelen narrar con una expresión de maximización a la parte específica de su cuerpo con la cual “batallan” para adelgazar como: “muslotes/muslona”, “panzota/panzona” o “brazote/brazona”. En el capital lingüístico y simbólico fueron frecuentes además las metáforas de animales, como “estar cochi”, “comer como cerda”, “parecer foca”, “arranarse”, o “estar ballena”.

Algo que también saltó en las asociaciones lingüísticas vinculado con lo indeseable fue la vejez. Indistintamente de la edad y la experiencia de la maternidad o la complexión, en algún momento todas las entrevistadas mencionaron la palabra “vieja(s)”. De la misma forma que el estar bien, 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. Ellas tienen 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 y del hogar–. Tener bienestar o tener salud –como sinónimos– no son compatibles con verse “viejas”, pues este 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, ND).

Entonces... yo sí quise recién casada [comprar el tratamiento] porque no quería ser una doña [señora mayor], pero luego... 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 arrancarme (Gabriela, D).

Los productos para adelgazar consumidos por las entrevistadas fueron diversos. Se identificaron prendas de vestir y calzar, como los tenis vibratorios, los suplementos alimenticios y pastillas de herbolaria o infusiones. Para las entrevistadas, consumir productos naturales –es decir, no artificiales– disminuye en sus representaciones la disonancia o la probabilidad de riesgo. Si algo es natural, es armonioso, y no representa un riesgo grave o mortal para la salud. Y es natural en tanto se cumplen dos tipos de indicadores que les “garantiza” su inocuidad: 1) otras personas ya lo han consumido antes y les ha sido efectivo en algún sentido –además de que si las consecuencias hubieran sido graves ya se habría sabido–; y 2) lo perciben como parte de una necesidad cotidiana o de una práctica diaria, por ejemplo, todos tenemos que usar zapatos de una forma u otra. Patricia ilustra con claridad este punto al referirse a una lata de suplemento alimenticio que ingiere en vez de desayuno:

Tú 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], tienes la seguridad de que es algo cien por ciento natural (Patricia, ND).

No obstante, el sentido de “natural” que una persona le atribuye a un producto puede ser ignorado por otra mujer, ridiculizando o maximizando 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, desaprobar su mismo tipo de producto, cuando éste viene en otra marca o presentación:

En mi trabajo hay muchas... ¡superdelgaditas! 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!... Les baja la cintura así de chiquita, pero ¿qué pasa con el tiempo? Entra el efecto rebote (Lorena, D).

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, ND).

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 sólo para mantenerme desinflamada del vientre y también como antioxidante (Gabriela, D).

En el análisis de la información de las entrevistas no se identificó con claridad cuál era el criterio que utilizaban para preferir un tipo de producto a otro, es decir, por qué eligieron consumir algo o no. Ello puede tener relación con las historias de vida de cada una, o bien, estar en función de sus rasgos de personalidad, preferencias individuales y la influencia de sus redes familiares o sociales. Lo que sí es claro es que critican cierto tipo de producto –fajas, tenis, pastillas, geles, infusiones, suplementos– porque en algún otro momento ya lo usaron y no les funcionó. A lo largo de su experiencia de consumo, las mujeres van haciendo carrera con lo que hacen y buscan confirmar sus hipótesis de que otros productos son los dañinos para la salud, no los que ellas consumen. Diversas expresiones de las mujeres delgadas denotan orgullo al hablar de un producto que han utilizado por años con aparente efectividad, lo que hace que se muestren como expertas. Por ello es que quizá el criterio más importante para ir a comprar “algo nuevo” sea también la recomendación de otra mujer en función de sus experiencias de éxito.

Las entrevistadas explicaron cómo Internet es un medio clave para acceder a información sobre su salud y productos para adelgazar, así como para la interlocución con otros usuarios de esos productos. Lorena y Perla dijeron al respecto:

Amo 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, D).

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, ND).

Es frecuente que ellas hagan consultas informales a expertos de la salud en calidad de “conocidos” –farmaceutas, médicos, representantes médicos o nutriólogos–, a quienes preguntan en reuniones familiares, pasillos de centros de trabajo, la calle o por teléfono acerca de lo que quieren saber, como puede ser un nombre, una marca, una dosis, una licencia, una importación o sobre resultados de laboratorio.

Las consultas a profesionales suelen ser informales y de forma paralela, cuando tienen la sospecha de que algún producto les está generando alguna reacción. Algo afín a todas las entrevistadas fue utilizar equipos tecnológicos o prueba de laboratorios 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. Al respecto, Patricia y Lorena narran sus experiencias:

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, ND).

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 tiroides, lo que son las enzimas para ver el artritis y el perfil hormonal, todo lo que conlleva a estudios rutinarios [...] medirse, pesarse (Lorena, D).

A pesar de que las mujeres nombraron entre sus experiencias de consumo una larga lista de profesionistas médicos y nutriólogos, parece existir una constante al respecto: la deserción después de un periodo que ellas consideran prolongado pero insuficiente para haber logrado adelgazar. Esto reafirma el sentido de que se consume en función de las expectativas generadas de transformación corporal. Concuerda también con las observaciones obtenidas en la encuesta, pues el largo recorrido por experiencias de consumo da cuenta del salto que hacen de un producto a otro, del consumo simultáneo de varios, 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 sólo de la ciudad– a los cuales han acudido fueron diversas, y se encontró 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, fueron descritos en común con expresiones verbales vinculadas al respeto, afecto o reconocimiento. Esos profesionistas fueron descritos como “lindo”, “amable”, “cuida mucho a la mujer” y “un amor”. Sin embargo, estas expresiones conformaron la minoría de una larga lista de calificativos negativos acerca de los médicos, principalmente. Como ejemplo, las palabras de Patricia:

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 [plásticos] son los más ricos de todos los doctores (Patricia, ND).

En contraste, en las narraciones se encontraron expresiones de apoyo a partir de la consejería en redes de apoyo informal –vecinos, familiares y amigos–. Como cuenta Mariana lo que sucede cuando asiste a un grupo de autoayuda:

Y entonces... mis amigas pasan por mí y nos vamos... salimos a reírnos... de nuestros problemas... y las dietas (Mariana, ND).

Ahora bien, entre 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 informarles o aconsejarles sobre sus cuerpos.

Entre los profesionistas que prefieren consultar, fue común que las mujeres reconocieran que con quien hablan de estos temas –o a quien se acercan a preguntarle– por lo regular: a) tiene “muchos títulos”; b) es “famoso”, porque lo localizan en revistas médicas, portales web, etcétera, o porque lo consideran como tal a partir de la cantidad de pacientes que tenga en lista de espera; y c) que haya sido premiado, reconocido públicamente o sea una “eminencia”. Al respecto comentan Mariana y Gabriela:

Mi vecino es una eminencia, siempre ha sido muy clavado en la medicina interna, cuando nos vemos en el

garaje aprovecho y le pregunto... y le digo: “Ándale, dime, no te hagas, jajaja, que yo voy a ser tu clienta de al lado toda la vida, jajaja” (Mariana, ND).

Mi dieta es muy especial, muy muy especial... por ser vegetariana; entonces... cuando tengo duda... voy y le pregunto a la uni a un amigo mío de hace muchos años que trabaja también en [...]. 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, D).

Pero recurrir constantemente a los consejos y a medios electrónicos o tecnológicos para asegurarse de “más salud” no hace que las mujeres sean dóciles al lenguaje publicitario, como podría esperarse.

Aunque recurren constantemente a los medios electrónicos o tecnológicos para obtener información sobre cómo mejorar su salud, son críticas con los medios de comunicación y esto constituye una estrategia importante en el mecanismo de 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 hace Perla en tono sarcástico:

“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, ND).

O como describe Esther en forma de broma:

Lo primero que tienes que hacer para mantenerte, a tu percepción de belleza [sic], 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 compré y allí lo tengo guardado y ¡no me ha adelgazado!". Jajaja (Esther, D).

Son conscientes de que los anuncios publicitarios y los comerciantes formales—tiendas departamentales, farmacias, marcas farmacéuticas, etcétera— e informales—la compañera de trabajo, vecina, etcétera— sólo tienen la intención de vender cuando les ofrecen 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 comerciales suelen prometer mucho más de lo que realmente benefician. Ellas mismas se refieren a otros productos de este tipo como "productos milagro". Esta forma de burlarse acerca de las promociones de los productos puede entenderse como una respuesta al sentimiento de agravio o burla a la que han estado expuestas en otras ocasiones—como un poder o dominación que no puede subvertirse— o bien como una forma de aligerar el peso emocional que pudiera implicar en ellas que usen el producto y les fracase, una especie de preparación para tener la *illusio* de que si no funcionara, no habría problema, ya se sabía lo que iba a pasar. Ésta es una postura irónica para quienes por otro lado expresan que adelgazar es un problema de salud y la salud para ellas lo es todo.

“Siempre hemos batallado con el peso”

Entre los discursos asociados a la salud y a la economía, hubo en general una tendencia a considerar la probabilidad de someterse a tratamientos quirúrgicos, lo cual fue más evidente en mujeres no delgadas. Las consultas en Internet o a “conocidos” asociados a la salud tienen que ver también con informarse sobre precios, accesibilidad y tiempo de recuperación de las cirugías. Este tema forma parte además de la socialización con otras mujeres y si la familia entera estaba integrada por personas con sobrepeso, la frecuencia y la intensidad con la que se recurrió a los temas quirúrgicos en las entrevistas fue mayor.

Las mujeres que se identifican a sí mismas con sobrepeso u obesidad viven una carga emocional pesada, que supone estrés y angustia permanente. Las entrevistas con ellas en general fueron intensas, iban de expresiones tristes o dolorosas a situaciones chuscas o de risa rápida, manejando un estado de tensión acerca del tema que evidencia la preocupación constante que viven en relación con su imagen y la capacidad de logro respecto a sus cuerpos como materia a transformar. La insatisfacción corporal es evidente, dando lugar a una búsqueda permanente de soluciones y alternativas, que pueden volverse obsesivas, pues cada vez que comen algo indebido les genera culpa en lo cotidiano y las coloca en un estado de tensión que buscan resolver de distintas maneras en 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 mujeres que se asumieron como “no delgadas” sostienen en

sus discursos que su sobrepeso es parte de un “problema familiar”, en donde las palabras “herencia” y “genética” entraron en juego durante la entrevista para explicar la causalidad de su “problema” individual. Así se expresaron Perla y Patricia:

Por el lado 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, ND).

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

Las prácticas adquieren diferentes sentidos cuando la persona se ve “atrapada” en esta inconformidad. No existen prácticas con sentido de aceptación o placer en relación con su imagen, porque ello significaría una tregua con su realidad corporal y, en cambio, eligen emprender batallas contra la obesidad; se puede llegar a ser obsesiva en la búsqueda de productos y servicios a consumir, pero también en abogar 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 justificaciones acerca de su “estado”, como se puede apreciar en el discurso de Perla:

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 supercansada (Perla, ND).

Lo que se espera de 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. 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 su vida a sí mismas como delgadas, prevalece un sentido de inadecuación social, una sensación de inadaptación inserta en la identidad y que obliga a establecer mecanismos de compensación a costa de otros logros personales, para guardar el control de sí mismas como personas, de manera muy semejante a los esfuerzos que, como describía Goffman (1986), hacían sus pacientes psiquiátricos ante la resistencia a ser estigmatizados como tales. Perla se describe a 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 cuatro o cinco kilos menos de lo que mides, ¿no?, o una cosa así... pero no... de plano... yo debí de haber nacido en otra época (Perla, ND).

Elas se perciben como personas que heredaron un estigma que habrán de encarar socialmente durante el resto de su vida 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 subhumano o a un ente deforme, explicaría Goffman (1986).

Pero también en los discursos se pueden otorgar 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 subhumano, asociado a la bestialidad. A este respecto, en efecto, las mujeres hacen su máximo esfuerzo para no dejar salir a la bestia, para no parecer más un animal o un ente abominable –y en cambio ser aceptadas–, finalmente para estar integradas socialmente. Las mujeres, en la lógica de sus prácticas, se deben 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 morir en el intento para no parecer una “cerda”, “echarse a descansar” o “atas-carse” de comida.

Las mujeres consumidoras de productos para adelgazar llevan en la memoria de forma muy fresca, como le-tanía, los riesgos que tienen la obesidad y el sobrepeso. Éstas son palabras de Perla cuando habla de su sobrepeso en segunda persona:

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, ND).

Es muy parecido a lo que Patricia describe acerca de sí misma:

Mi cuerpo está resintiendo 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, ND).

Las mujeres delgadas suelen ver el sobrepeso como algo que se debió atacar desde los principios de la enfermedad o problema, es decir, desde los primeros "síntomas" de aumento de peso. Lorena expresa esto claramente al referirse a su hermana con sobrepeso:

Yo 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 sí 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. "Qué 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". Ésos 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!" (Lorena, D).

La mujer con sobrepeso u obesidad no sólo “batallará” con su problema, sino que además deberá pedir ayuda, reconociendo en primera instancia que no tiene suficiente control sobre su cuerpo y reconociendo, después, 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, o como lo adecuado o normativo en el “tratamiento” que habría de dárseles.

Aunque siempre hayan permanecido con un cuerpo delgado, es fácil que las mujeres desarrollen temores y representaciones negativas respecto al sobrepeso de otras mujeres. Hay una angustia que aparece ante la posibilidad de perder la delgadez algún día y ello se manifiesta al hablar de las consecuencias de la obesidad, como lo comentaron las mujeres delgadas:

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, D).

Pues, cuando yo veo a una persona así gorda u obesa, n’hombre, 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 anunciamiento 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, D).

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 ha de sentirse muy mal, muy avergonzada de estar así” (Esther, D).

De las mujeres con sobrepeso u obesas, lo esperado es que tengan vergüenza; socialmente existe la representación cognitiva de que el sobrepeso u obesidad las disminuye en su calidad de personas y relativiza su capacidad de logro en sus diferentes roles, como una maldición, un estigma que las mantiene permanentemente en el lugar motivo de vergüenza: el cuerpo.

Las sensaciones que acompañan a la compra y uso de la ropa reflejan lo que las mujeres están percibiendo acerca de su cuerpo, pero sobre todo de lo que los demás infieren acerca de él: la alteridad. En los casos de las mujeres con sobrepeso, la compra de ropa es, a decir de ellas, un momento “muy incómodo”. Perla habla sobre esto, utilizando un lenguaje 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, ND).

Una estrategia cognitiva importante utilizada por las mujeres con sobrepeso, a fin de reducir la disonancia entre el éxito profesional que pueden tener y el fracaso “personal” sobre la dominación de su cuerpo, es hacer reconciliaciones con algunas partes de su cuerpo y explotar o maximizar sus características físicas. Ejemplos de este proceso los dan Patricia y Perla:

Lo bueno es que tiene mucho que ver que no soy tan chaparra... porque entonces me vería peor (Patricia, ND).

Al 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, ND).

Otra estrategia consiste en compararse con mujeres que no posean tantos atributos en áreas donde ellas sí se perciben sobresalientes o con logros, como los rasgos del rostro, la abundancia del cabello, el buen gusto para vestir o la capacidad adquisitiva. Como expresaron Perla y Patricia:

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, ND).

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, ND).

La capacidad de compra resulta entonces parte del repertorio de estrategias que se habrán de adoptar a fin de no disminuir la capacidad de logro en ellas. El sentido orientativo de consumir otro tipo de productos, como accesorios o zapatos, las lleva a descubrir en ellas cualidades de logro, a vivir la materialización de una conquista.

Vale la pena entonces estar alertas a lo que consumen otras mujeres y competir en lo que está al alcance, además de que, en un momento de suerte, pueden llegar a detectar dónde comprar inteligentemente productos para adelgazar, para luego experimentar si les funciona en un futuro también en sí mismas algún atajo para sus

problemas. Ello constituye un doble vínculo,⁸ pero también una doble oportunidad: están ansiosas de saber quién de las mujeres ya logró adelgazar –y cómo o con qué–, al mismo tiempo que buscan que el capital económico tenga un destino útil. Al respecto, Mariana y Perla compartieron opiniones:

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

Y 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, qué paaaaadre!, 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, ND).

Las mujeres consumidoras asumen la alta probabilidad de que un producto resulte chatarra en vez de efectivo, pues sienten la necesidad de hacer algo de forma urgente, esperanzadora, “milagrosa”, a fin de amortiguar las consecuencias sociales de la crítica y la culpa por “no hacer nada”, sobre todo si la persona cuenta con escasas o nulas redes de apoyo. Las entrevistadas expresaron coraje y dolor, particularmente quienes no consiguen adelgazar, pese al uso de diferentes métodos y productos. Las mujeres que desde pequeñas han “batallado” con el sobrepeso reconocen la necesidad de los productos

⁸ Doble vínculo es definido por Gregory Bateson (1972) como lo que ocurre cuando en 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.

en calidad de ayudas, al mismo tiempo que reconocen con dolor que son utilizadas por el medio comercial, que les ofrece un producto o servicio, pero que en el intercambio social realmente ellas invierten más. Como comentó Perla al hablar, en plural y tercera persona, de su situación:

Y allí están toda la bola de gorditas emocionadas, atentas, escuchando todo, y ellos [los que venden los productos o promueven servicios para adelgazar] agarrándoles cura⁹ 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 éste 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 (Perla, ND).

La búsqueda de nuevos, no sólo productos, sino también servicios y significados para dar explicación o respuesta a un problema irresoluble para ellas como la obesidad, habrá de ser el motor constante de prácticas corporales diversas, a fin de no aumentar el grado de devaluación de sus personas.

“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 co-

⁹ “Agarrar cura” es una expresión local que significa burlarse, reírse o divertirse con algo.

tidiana de las mujeres. A las mujeres que han sido ya madres se les exige también 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, D).

Las mujeres entrevistadas que han tenido la experiencia de ser madres expresaron una serie de vivencias y, en lo general, dijeron vivirla con gratitud, con madurez y con una actitud de mucha responsabilidad y cuestionamientos, pues "nadie nace sabiendo ser madre". Cuatro de las seis entrevistadas han sido madres y en sus testimonios se manifiesta una especie de duelo por el cambio en las características que sufrió su cuerpo con el embarazo y los partos. Todas reconocieron haber aumentado de talla, engrosado de alguna parte del cuerpo, o bien adelgazar, pero con el costo de unas "nalgas" o "bubis caídas".

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 rápidamente después de la experiencia de los partos. 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 lo que las obligó 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 (en sus medidas) no era el de ellas. Lorena narra que estuvo a punto de caer en una depresión posparto y no se reconocía en el espejo:

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

“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, 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 sienten deben resolver, 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 convierten en un fenómeno subhumano, 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 según sus “estándares” corporales y en ese esfuerzo por aprobarse y por probarse a sí mismas su propia conquista habrán de realizar su máximo esfuerzo, emprenderán la batalla. Este cometido social puede explicar entonces que algunas inviertan prácticamente la mitad de su salario en el mes a productos de estética, deporte y salud. El vestuario y el gasto en calzado ya no tienen el sentido antiguo de sólo 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. Ya han incorporado como parte de su identidad la conquista, la obtención de logros, la búsqueda activa de resolver sus problemas como parte de lo que implica ser una mujer moderna. Lorena expresa la no resignación de esta forma:

Ay no, 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... Yo padecí mucho... me aguanté [las críticas]... pero era horrible estar en ese cuerpo que no es mío (Lorena, D).

Cuando a las mujeres se les preguntó: ¿quién elabora los productos que consumes?, ¿cuáles son los efectos de lo que estás usando?, la respuesta común –independientemente del cuerpo o la condición de maternidad– fue “no lo sé”; 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 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 cuidarse” reactiva el temor del sobrepeso y no quieren 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:

No lo quiero ni pensar, en una situación de sobrepeso siento que estaría en mucha depresión [sic]. Siento como que no me sentiría a gusto, afectaría mucho mi autoestima, sería sólo que tuviera un problema, por-

que me dejé encerrar en un cuerpo que no era el mío
(Lorena, D).

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 halagada!, ¡por supuesto!, pero ¿qué puedo responder? Más que gracias, jeje, y digo, finalmente estoy bien... logré lo que necesitaba (Gabriela, D).

Yo les digo a mis hijos... ahorita estoy así como me ven... pero el día de mañana que recupere mi cuerpo... no tendrán pretextos de no comer bien (Patricia, ND).

Las expresiones de las mujeres que ya han conseguido incorporar en sus prácticas cotidianas la larga serie de rutinas recomendadas para su género dan cuenta de la satisfacción de cumplir durante el día con el listado de roles que requerían. Una mujer que recibe comentarios de halago sobre su apariencia, complexión y en términos generales sobre lo "bien" que se ve, no sólo está obteniendo la recompensa de muchos de sus esfuerzos y sacrificios, sino que además estará reforzándose a sí misma su calidad moral como persona al hacer algo bueno, al hacer las cosas bien. Al cuidar a su propia persona y, en ese sentido, tener la autoestima necesaria para sentirse alegre y en apariencia conforme consigo misma.

Estar delgadas representa para ellas un logro, igual de reconocible y admirable que los que se obtienen en otros

ámbitos de su vida, como el económico, el profesional o el empresarial. Al respecto Esther y Perla opinan:

Eso de la fodonguez... 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, D).

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 cochiinaaa 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, ND).

Según lo que se ha expuesto, se puede deducir la importancia que representa para ellas lograr la dominación

del cuerpo, independientemente de la forma o el tiempo dedicado a ello. Dominarlo constituye un logro que es recompensado en sí mismo, pues refuerza la hipótesis personal de que la mujer se conoce y se “cuidó”; por lo tanto, es responsable, dedicada y, sobre todo, disciplinada, valiosa, digna de atraer las miradas. Se le puede tomar en serio porque ella se ha tomado en serio la batalla consigo misma.

La disciplina es el mecanismo por el cual se interioriza la norma, y como palabra, 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– y a pesar de eso seguir siendo funcionales, o al menos cumpliendo sus expectativas de roles. 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, D).

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, D).

Creo que a veces yo pecho de ¡conocerme taaanto! [...] 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, ¿no?... y me gusta ser estricta conmigo (Lorena, D).

Quienes están en su peso regular 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 de que hay algo que no anda bien en la vida de una persona con sobrepeso u obesidad como etiología del “problema” o “enfermedad”. Saben que la persona, aunque parezca joven, “arreglada” del cabello, cara, maquillaje, vestuario, accesorios, “en el fondo” no se siente bien, porque nadie puede sentirse bien con un estigma a cuestas. Como menciona Esther:

Yo no me creo eso que dicen, la típica frase de la gordita feliz... ¿o tú les crees? (Esther, D).

Además, quienes reconocen abiertamente la insatisfacción corporal tienden a cuestionar a otras mujeres que no realizan el mínimo de prácticas recomendables para ser “saludables”. Si no se logra la meta de tener el cuerpo que ellas desean, su estrategia personal es saber que hacen algo de manera constante. Como lo expresó Lorena:

Yo 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 (Lorena, D).

Lo peor que pudiera pasar es que además de verse “gordas” u obesas, los demás las juzgaran como que no hacen nada frente a su tragedia. Teniendo esta crítica social se 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. Resultaría todavía más bochornoso que junto con la evidencia del sobrepeso, se pensara de ellas que están cómodas o vencidas frente a esta situación o, peor aún, padeciendo algún problema psicológico que las presente frente a las demás como raras o problemáticas. La imagen corporal no sólo representa la capacidad de disciplina, sino además 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 de su estado de bienestar.

Según Gabriela, la impresión social que deja una mujer con sobrepeso implica la existencia de un padecimiento mayor:

Quando 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, D).

La práctica de buscar adelgazar o mantenerse delgadas es un 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 cuidarse, sentirse cómoda consigo misma y realizar lo necesario para elevar su autoestima a partir de su "arreglo" personal –como cuidar el maquillaje, peinado, calzado, ejercicio, dieta, ingesta de medicamentos, manejo del estrés y uso de productos de perfumería y artículos de tocador–. El estereotipo de género conduce a que la mujer debe arreglarse, y 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 ser aceptada socialmente en función de una mirada, que incluye la del propio espejo.

Ese arreglo personal normado no puede ser, sin embargo, un arreglo estándar, pues además tiene que ajustarse a la complexión y condiciones de vida de la persona, en función del ambiente o lugar al que van a dirigirse, del rol que esperan los demás que realice en su ambiente laboral y de los estereotipos de clase. Gabriela lo expresa con claridad:

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 cinco dedos arriba de las rodillas, algo que no vayan a decir: "Esa señora, mira, anda bichi".¹⁰ Tampoco maquillarme muy recargada si voy a ir a trabajar... No ponerme nunca para salir las minifalditas, las telas atigradas, unos aretes grandísimos, porque eso es... algo, jeje, raro, naco, pues. Y sí pues me gusta lo que viene siendo el *glamour*, buscar a alguien que tenga experiencia en el arreglo personal (Gabriela, D).

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 femeninos tradicionales. En este punto fue donde se pudo observar un mayor rasgo de conservadurismo y discursos contradictorios respecto al resto de sus ideologías sobre la mujer "moderna".

Las mujeres se mostraron dependientes no sólo del agrado, aceptación y fidelidad de las parejas, sino de la norma social que indica que en la edad adulta todas las mujeres debieran estar casadas o emparejadas. Ellas dieron particular relevancia a esta norma y consideraron que "el marido" será el que las "acompañará" durante el resto de sus días. El "matrimonio" o la "familia" representan una dimensión igual de importante que la salud o el trabajo, 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.

Gran parte de las prácticas que las mujeres realizan en relación con su "arreglo personal", a pesar de justificarlas

¹⁰ Expresión de la cultura regional que significa "desnudo/a".

con el verse y sentirse bien con ellas mismas, se convierten en prácticas para el otro, dejan de tener un sentido individual para convertirse en evidencias de generosidad, de “entrega” y de dedicación al 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 con otras mujeres que pudieran ser también objeto de esa mirada.

Las entrevistadas con pareja señalaron que en sus casas pueden andar “desarregladas”, pero no siempre, ya que cuando el esposo está 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)”–. El cuerpo “arreglado” se convierte en parte del patrimonio de la pareja. Lorena lo expresó de la siguiente forma:

Yo digo que te debes de arreglar más para tu pareja, mucho más, porque a final de cuentas él sí 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, D).

Todas las entrevistadas –incluso aquellas sin pareja o hijos– tienen estereotipos rígidos acerca de cómo debe ser una familia, cómo debe ser el comportamiento de la mujer en relación con “su hogar” y del comportamiento que se espera de la mujer para no “descuidar” al varón. Al respecto, Gabriela comparte su experiencia personal y Lorena habla de su hermana:

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, D).

Mi hermana muy joven se casó. Es una persona de un metro sesenta y cinco y pesaba sesenta 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 sesenta kilos ahora pesa más de cien. 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 [sic], 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, D).

Para ser madres no se arreglan, pero para "salir", "hacer el amor", salir con la pareja a "ver partidos o peleas", es imprescindible. Hay que contribuir al capital social en juego de la pareja. 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 "mucho importancia" al vestuario, 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 les abandone–. El miedo es que la mirada del varón se pose sobre otra mujer, o bien que “desaparezca” la imagen de ella en la memoria significativa de su pareja. Al respecto, Patricia comparte una de sus estrategias:

Por eso yo le mando mensajitos en el celular durante el día. Él 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, ND).

El “sentirse bien consigo mismas” se relativiza 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, de la misma forma que en el trabajo, contar con una serie de habilidades para entrar en competencia con otras mujeres y no ser olvidada. En los discursos se expresa la descalificación moral y una discriminación de clase hacia otras mujeres que “se atreven” a enseñar o dejar traslucir partes del cuerpo como los muslos o el busto. Al hablar de ello, asumen una actitud de asco, desdén o desprecio, a través de expresiones como “vulgares” o “exhibicionistas”, o bien una actitud de comparación en donde las posturas corporales se irguen y se asume un diferenciado estatus moral y psicológico:

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

Para mí, una mujer que se anda ofreciendo así a los hombres, que tiene que llamar la atención o andar pi-

diendo a gritos el *look at 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, ND).

En este mismo sentido, uno de los grandes temores expresados por las entrevistadas fue que la mirada de su pareja las abandonara. Al respecto Lorena y Esther afirman:

[El hombre] se deslumbra cuando ve a alguien conservada y dice: "Yo ya me enamoré de otra persona". Así entra otra mujer a la vida de ellos y por eso ahora hay muchas personas que se separaron, por lo mismo (Lorena, D).

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

El convencimiento con el que hablan de esta situación parte de una percepción interiorizada acerca de la cual no hay que preguntarse nada; es algo incorporado, construido y reproducido constantemente, aquello que han aprendido a través de otras experiencias de mujeres y que constituye un aprendizaje llevado a nivel de certeza. Las mujeres están destinadas bajo esta lógica a tratar de esconder los desarreglos, componerse a sí mismas y tratar de evitar una vergüenza más en un escenario complejo de aspectos y detalles cotidianos por resolver.

VI. El consumo para adelgazar: de los números a los significados

A lo largo de este capítulo se pretende discutir los resultados obtenidos en los apartados anteriores a la luz de la perspectiva teórico-metodológica, intentando relacionar los distintos conceptos a partir de tres grandes ejes de análisis: 1) el consumo, la salud y la percepción de riesgo; 2) el estrato socioeconómico y el trabajo, y 3) el género y el desarrollo personal.

El consumo, la salud y la percepción de riesgo

La frecuencia del consumo para adelgazar es alta en la ciudad y representa un costo económico elevado (de al menos 7 salarios mínimos por persona consumidora al mes) sin que se tenga evidencia de su efectividad. En este sentido, la inversión económica de las actoras no se refleja en un aumento inmediato de posición dentro de su escala social a partir del cambio en la complexión del cuerpo, ya que esto último no se obtiene como resultado del uso de los productos, pero sí en la evidencia de que no se quedan cruzadas de brazos con su "problema".

La población que reconoce haber "experimentado" con al menos un producto para adelgazar es, como ya se mencionó, elevada: representa 6 de cada 10 mujeres adultas jóvenes y la mayoría trabaja de forma asalariada fuera del hogar. La práctica de consumir productos para adelgazar se encuentra de manera constante entre las mujeres, considerándose un *habitus*, una percepción inte-

rriorizada acerca de lo que necesitan sus cuerpos y 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. En este sentido, quienes han logrado tener o mantener el cuerpo que consideran ideal forman parte de la red a la que habría que acercarse y seguir –o imitar–, de tal forma que durante la etapa de gestión de la información se reconoce la posición de subalternidad, ante la evidencia del capital cultural acumulado por las mujeres expertas a quienes se les pide ayuda de forma explícita, con la esperanza de poder ser en un futuro competidoras en la misma escala de posición social.

No hay –de acuerdo a los datos estadísticos indagados– una correlación entre el uso de un tipo de producto y la reducción del índice de masa corporal. Pero contrario a los hallazgos de Idelevich, Kirch y Schindler (2008, 75), donde no existe diferencia significativa entre el uso de monoterapia y las terapias combinadas para intentar adelgazar, las mujeres entrevistadas aseguran que los tratamientos combinados son los más efectivos, aunque exista disonancia y no necesariamente se traduzca en un tipo de consumo de productos y servicios realizados por ellas mismas, ni tampoco se pueda evidenciar con kilogramos perdidos de acuerdo a sus experiencias. La generalización de las prácticas de consumo entre un tipo de producto y otro en algún momento histórico de la vida de las actrices está asociado –en cambio– a la insatisfacción corporal, lo cual coincide también en los datos arrojados en las entrevistas y puede verse como un malestar constante entre las actrices; una percepción incorporada que se manifiesta socialmente de diversas formas, como:

incomodidad al comprar ropa, tener que arreglarse, hacer dietas (o referirse agresivamente entre ellas u otras mujeres cuando no lo hacen). Estas prácticas adquieren diferentes sentidos de acuerdo al lugar y el contexto. Aunque no son prácticas estereotipadas exclusivamente por el género, hay una influencia importante de las expectativas sociales que tienen de ellas otros actores significativos: la pareja, la familia y las relaciones de trabajo.

Explícitamente, el sentido principal de las mujeres en el consumo es conseguir adelgazar. Sin embargo, no en todos los casos se logra dicho fin, ni mucho menos se consume de manera exclusiva por mujeres con sobrepeso, pues los productos también son adquiridos con la intención de mantener bajo peso cuando esto ya ha sido alcanzado, o bien ya han logrado establecer una mínima satisfacción corporal de acuerdo a sus “estándares” estéticos o de salud. La construcción de estas dos categorías evaluativas acerca de la complexión corporal –saludable y estética– se complementa con la alteridad: la mirada de otros y otras, que a su vez establecieron sus categorías de percepción con estructuras vigentes, originarias de relaciones de poder entre diferentes campos disciplinarios (biomedicina, medios de comunicación, desarrollo personal, mercadotecnia o publicidad asociada a la tecnología, entre otras esferas profesionales sobresalientes en sus discursos).

Según los resultados, la minoría de las mujeres (8.4 por ciento) tiende a investigar o verificar antes de la compra algunos aspectos del producto con personal profesional de salud. Cuando llegan a recolectar información lo hacen por vías informales como Internet, teléfono o redes sociales.

Percibir el objeto de consumo como natural –contrario a artificial o dañino– es uno de los mecanismos que promueven la maquinaria compra-venta. Las mujeres su-

ponen que lo que ingieren o utilizan puede ser incorporado sin riesgo en su uso diario, pues es visto como algo “natural”, normalizado. La condición de normalidad se alimenta también del supuesto de que el Estado o las instituciones de salud no permitirían que algo mortal se comercializara de una forma tan accesible, además de ser publicitado por personajes famosos. La ausencia de advertencias de riesgos supone condiciones de permisividad para la compra y uso de los productos por parte del gobierno y las instituciones de salud, por lo que si no es algo efectivo, tampoco puede ser *tan* dañino.

La desinformación de las mujeres –según las entrevistas– no es fortuita, ya que se manejan a conveniencia las características del producto a fin de evitar tensiones por disonancia cognitiva en su consumo. Por ello también las RAM suelen verse como parte de los efectos “naturales” esperados en el organismo y suelen incorporarlos de forma cotidiana a la serie de sensaciones corpóreas que experimentan a lo largo del día.

Un ejemplo de esto es el uso del calzado con plataforma vibratoria. Dos de las tres mujeres entrevistadas que utilizaron dichos tenis informaron haber sufrido cansancio, lesiones musculares o en vértebras, diagnosticadas por un médico posteriormente al uso, sin que esto hubiera sido reportado como RAM. A su vez, el manejo sistemático de información, tanto por el personal de salud como por ellas mismas, sobre el efecto de los fármacos que consumen resulta imperceptible en el análisis de las prácticas. Las mujeres no lo conciben como necesario, ni poseen los conocimientos para hacerlo. Con esta falta de percepción es como gana poder la oferta de productos. El mismo mecanismo ocurre con las infusiones, batidos, hierbas y malteadas que consumen como suplemento alimenticio.

Según los resultados, ninguna de las mujeres ha presentado alguna vez un reporte de RAM ante la COFEPRI

y se ignora si en alguna ocasión el personal de salud o el personal que asesora o recomienda el consumo han generado alguna queja. Finalmente, las mujeres desconocen que en Internet –del cual se jactan de obtener grandes beneficios y volúmenes de información– es donde pueden hacer los reportes de farmacovigilancia ellas mismas.

Las mujeres sólo le agregan importancia a las RAM en caso de estar embarazadas o en estado de lactancia, pero hay un juego complementario para reducir la disonancia que consiste en no generar tampoco grandes expectativas de él. Hay una lógica paralela de inocuidad o bajo riesgo si aparentan darle menor relevancia a que el producto es ineficaz. En esa línea, Perla mencionó al enlistar los productos que había usado previo a los 6 meses solicitados: “Y así, muchas pastillas, equis”, como si fuera algo que no tuviera importancia.

Otro de los factores implicados que facilitan el mecanismo de consumo –logrando que se posicione simbólicamente entre las prácticas cotidianas– lo constituye la percepción de “modernidad”. Las prendas de vestir y calzar suelen verse, por ejemplo, como normales porque forman parte de la cotidianidad (todos tenemos que hacerlo, es la norma), pero, además, esos productos pueden subir de categoría si se les asocia con una producción de “alta tecnología” o con “productos inteligentes”. Los *body* y tenis de plataforma en particular tienen una representación cognitiva de beneficio para la salud y, curiosamente, son de los menos comprados con la intención de adelgazar.

Por otra parte, en el caso de las fajas, existen antecedentes de haber sido utilizadas durante décadas por una gran cantidad de mujeres –se mencionó en la introducción que forman parte de las prácticas de vestido interior en diversas culturas– que facilitan que la práctica se instale sin reflexión. Es decir, a estas prendas las perciben

como benéficas para la salud, pues contribuyen –desde su percepción– a mejorar la postura o el rendimiento físico, a pesar de que reconozcan que generan algunos malestares o lesiones corporales, que no se interpretan como RAM, sino como “molestias”, justificándolo con un “todo cuesta”.

El producto conlleva entonces dos tipos de costo: económico y fisiológico. Para ellas, el dolor no representa un problema y, en cambio, sí representa algo “grave” si se les incapacita para sus labores o si el producto genera un daño irreversible. En ese sentido, el dolor forma parte de las sensaciones normales o cotidianas relativamente esperadas en su condición de mujeres y el costo económico se incorpora como gasto invisible que se diluye en el “todo cuesta”.

Una estrategia hallada como solución para el cuidado de la salud por algunas mujeres es el monitoreo periódico de sus funciones fisiológicas a través del uso de laboratorios y aparatos de diagnóstico que, en cierta forma, han desplazado la consulta médica. En la interpretación de resultados a partir de tecnología aplicada también poseen habilidades para decidir cuándo dejan de tomar o usar algún producto. Sin embargo, este monitoreo se basa solamente en el rastreo de datos que ellas consideran importantes. La información sobre salud y farmacovigilancia representa aquí un aspecto potenciador para frenar o desviar el tipo de consumo de productos adelgazantes que aún no ha sido incorporado en la práctica.

Aunque a ninguna de las entrevistadas le han diagnosticado alguna patología psiquiátrica, las descripciones acerca del “miedo a engordar” semejan algunos discursos que se encuentran en pacientes de trastornos de conducta alimentaria (TCA). En 5 de los 6 discursos analizados se encontraron al menos dos indicadores establecidos en el DSM-IV-TR por la Asociación Estadounidense de Psi-

quiatría para diagnosticar a personas por anorexia y trastorno por atracón (American Psychiatric Association 2000).

Entre tanto, las mujeres que se consideraron delgadas o sintieron orgullo de haber mantenido por años un peso o talla específico también demostraron preocupación por engordar, pero expresaron haber realizado un esfuerzo significativo por cumplir con otras normas establecidas: arreglarse (maquillaje, tintes, vestuario, tacones para la ocasión, etcétera), hacer ejercicio y mantenerse activas, moderarse en la dieta y disciplinarse, entre otras prácticas que ayudaron a establecer una conformidad corporal. Esto coincide con las aportaciones de Schütz et al. (2010) y cuestiona no sólo las complejas nociones ideológicas y prácticas que hay que deconstruir en la investigación social y biomédica acerca de la satisfacción corporal, pues ésta sucede en una mayoría poblacional (78 por ciento de las encuestadas y 83 por ciento de las entrevistadas). Habría que reconsiderar, pues, el concepto de normalidad y patología en la evaluación clínica de los trastornos que remiten a la satisfacción corporal.

Para las mujeres, cumplir rigurosa y puntualmente con un cuerpo estándar es lo ideal, lo más adecuado, pero dicha condición las conduce a una presión social y a un manejo de sus cuerpos llevándolos al límite de sus fuerzas, acompañadas de ansiedad y angustia, que justo tiende a ser resuelta a través de incorporar más prácticas y obligaciones diarias, una situación que amerita la intervención de profesionales comunitarios de la salud mental. Dejar de cuidarse –engordar– tiene consecuencias morales que también les afecta en su desarrollo personal, así como costos sociales que no están dispuestas a pagar. Los resultados confirman entonces los postulados feministas acerca de que aun cuando haya mayores márgenes de agencia en la mujer contemporánea, permanece la

herencia histórica de inconformidad con el cuerpo, independientemente de las prácticas que realice para compensar esta inconformidad.

Respecto a su interacción con el sistema de salud, es notable una escasez de prácticas de supervisión médica consecutiva, pero también una angustia intermitente que se disminuye al autorrealizarse chequeos con aparatos caseros o servicios de laboratorio particular. Como advierte la ciencia biomédica, para todos los casos con historial clínico de padecimientos crónico-degenerativos, la recomendación es disminuir de peso o mantenerse dentro del rango normal de IMC, lo cual es sabido por las mujeres. Esto puede estar relacionado con la espera de que haya –independientemente de las prácticas corporales que realicen– una probabilidad heredada de padecer enfermedades, lo cual las vuelve a colocar en un estado de inseguridad y ansiedad.

Existe una culpa constante debido a lo que consumen en forma de alimento –y no con lo que consumen para adelgazar–, creando así una asociación consciente y reiterativa de que lo que comen engorda, “infla” o las puede enfermar, lo que constituye todo un desafío de intervención para el campo nutrimental o dietético, aunado al escaso acceso comunitario a comida nutritiva y baja en grasas saturadas en la localidad.

El médico y el nutriólogo, junto con otros profesionales de la salud, comparten el campo del adelgazamiento. También hay otros actores que no necesariamente son profesionales certificados y que su legitimación para ofrecer opiniones y recomendaciones en el consumo de productos para adelgazar pasa por la experiencia propia del consumo de dichos productos. Como ejemplo están las mujeres que ya han adelgazado con algún producto o las entrenadoras de gimnasio.

La atención a la salud en el subsistema de salud privado es altamente valorado y visto por ellas como la atención médica más eficiente. Su ideal es ser atendidas en un consultorio de forma individual, rápida, integral y con servicios de chequeo a través de aparatos y laboratorios, de manera constante y multiespecializada. Esta concepción moderna de los centros de salud genera disonancia con lo que encuentran en sus centros de atención. Al servicio médico al que están afiliadas, según las entrevistas, se le percibe útil en cuestión de enfermedades crónicas graves, pero restringido en lo cotidiano –cabe recordar que gran parte del problema de la obesidad se concibe como de salud mental y emocional, enfocado al consumo– y, en la mayoría de los casos, tardado, burocrático o lento. Las seis mujeres entrevistadas mencionaron no estar acostumbradas a consultar en su lugar de afiliación y que incluso lo evitaban porque ello les representaba una pérdida de tiempo. Esta desarticulación de la mujer como actor social con las instituciones de salud puede estar teniendo un costo significativo para su empoderamiento en otros campos, pero seguramente afecta la capacidad de agencia en materia de salud, la capacidad de generar cambios en este tipo de instituciones.

Contrario a las recomendaciones de Lang y Rayner (2005), desde la experiencia de estas mujeres, el sistema de salud mexicano es un modelo tradicional de abasto de servicios médicos que poco tiene que ver con el proceso de mantenerse delgadas, pues esta práctica se supedita a una responsabilidad personal y la adquisición de estrategias de desarrollo personal como “la voluntad”. Las mujeres no acuden a los profesionales de salud de las instituciones públicas porque de antemano consideran que no les será resuelta la demanda de apoyo, en su concepción para bajar de peso. De esta manera, ellas siguen re-

solviendo su caso con recursos propios y entre sus redes familiares y de “conocidos”.

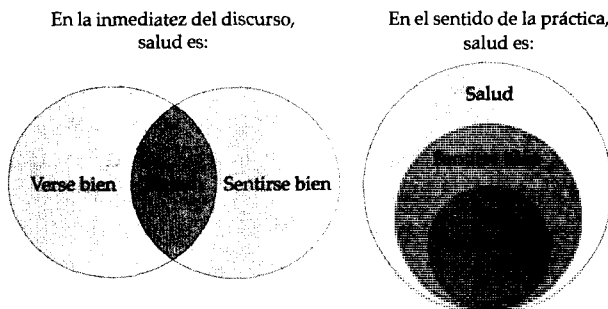
La escasa interacción con el sistema de salud a través de consultas formales y chequeos periódicos se explica porque los *habitus* –entendidos como las pautas de estructuración que demandan la normalización de las prácticas– conducen a que el personal de salud les ayude a resolver su problema de sobrepeso a partir del abasto de productos y de la pérdida de peso rápida y visible, de tal forma que la estructura de salud estatal permanecerá al margen del campo del adelgazamiento mientras no las provea de recursos materiales tangibles para adelgazar en esta lógica de la práctica.

Pero las mujeres tampoco participan en la demanda de otras condiciones necesarias para mantenerse en buen estado de salud, como la infraestructura comunitaria para transitar seguras y hacer ejercicio, o el acceso a comida nutritiva económica cercana a sus lugares de trabajo. Esto las coloca en una postura pasiva respecto a su salud, en la supeditación de sus propios procesos corporales, a expensas de lo que otras personas e instituciones provean. No existe entonces una apropiación de los servicios públicos de salud, pero tampoco la hay de sus cuerpos. Éste es un mecanismo que se reproduce constantemente: al percibir que no controlan ni pueden manipular sus cuerpos y no llegan a la imagen estereotipada, el control se cede de nuevo a los demás. En estas condiciones, la mujer no podría ser una actora protagónica de los cambios que las estructuras sociales, desde sus mismos discursos, deberían implementar.

En la lógica de la práctica, al no interactuar ni participar con las instituciones de salud, las mujeres ceden la transformación y salud de sus cuerpos a la lógica del mercado, es decir, a la larga lista de novedades en bienes y servicios que les ofrecen. Se individualiza, pues, la responsabili-

dad de sus condiciones de salud como una categoría dominante y compartida de percepción incorporada. Si están pasadas de peso es porque ellas se lo buscaron; por lo tanto, ellas lo resuelven o intentan resolverlo. El consumo se disparará entonces a múltiples esferas y disciplinas presentes en la oferta de productos, en la búsqueda de sentirse bien consigo mismas, como lo expresa la siguiente figura:

Figura 19. El sentido del consumo del producto asociado a la salud



El acto de consumir forma parte solamente de una serie de requisitos para cumplir con una normalidad en salud, donde *verse bien* es un punto medular. Esto es componente de otra dimensión mayor que será *sentirse bien*, que integra otros aspectos como tener alta autoestima y alcanzar distintos logros. Para ambos casos, el calificativo *bien* remite a categorías perceptuales de bueno/malo, a una infiltración en el capital ideológico de que la mujer no *está bien*, no se *ve bien* por sí misma y requiere, por ello, realizar múltiples prácticas compensatorias, entre ellas consumir.

Pero *verse bien* significa una complejidad mayor no sólo porque involucra requisitos demandados por las disciplinas asociadas al desarrollo personal, como alcanzar metas definidas (entre ellas las del cuerpo en calidad de objeto), sino porque la mirada del *verse bien* proviene de los demás. La práctica está dirigida a agradar, seducir, complacer, a cumplir con los estándares, etcétera, todas expresiones de lo que los demás preferirían que les sucediera a sus cuerpos. En este sentido, si las mujeres que “ya han nacido así” o que han conseguido el cuerpo consensuado como estereotipo se han colocado en la posición más alta del estándar, las mujeres que no lo han logrado, pero han implementado los esfuerzos más inverosímiles para conseguirlo, siguen en dicha escala.

El posicionamiento corporal encumbrado entre las mujeres lo tendrán entonces las delgadas, altas, simétricas, armonizadas en sus partes corporales –que se *ven bien*– y que denotan rasgos evidentes de salud, lo cual irá de la mano con la idealización de la clase social alta –no trabajadora– y dispondrá también de una serie de categorías de percepción al respecto. Que las mujeres perciban baratos los productos y estén dispuestas a invertir más en ellos, pero en cambio no lo inviertan en un proceso de atención médica consecutiva, expresa la desproporción de la importancia que tiene para ellas *estar bien* y *verse bien*.

Para las actoras, en el manejo del capital económico, les sería más fácil acceder a los servicios a los que tienen derecho. Pero en la lógica de la práctica pierden más si van a consulta que si consumen uno o varios productos, pues visitar un centro de salud representa pérdida de tiempo, el cual es altamente valorado por tratarse de una clase trabajadora. Esto indica que pierden socialmente más en el juego, si dejan de trabajar, que si no tienen el cuerpo perfecto pero denotan esfuerzos por tenerlo.

Paradójicamente, en la búsqueda de un tratamiento interdisciplinario –ya que además de verse bien, buscan sentirse bien– por medio de consultas privadas van limitando la posibilidad de un seguimiento o acompañamiento de sus procesos corporales profesionalizado, ya que van haciendo saltos de un centro a otro, o de un especialista a otro.

La recomendación biomédica para utilizar las cirugías y los tratamientos farmacológicos es que hayan fallado los tratamientos en dieta y ejercicio, pero las mujeres consumen reiteradamente los fármacos y anhelan las cirugías sin que tengan evidencia de tratamientos anteriores fallidos, pues saltan del consumo de un producto a otro y no son valoradas de forma periódica por el mismo profesional de la salud. Al no ser monitoreadas de forma prolongada, se pierde la oportunidad de ajustar sus tratamientos y prevenir enfermedades.

La idealización del servicio médico como consulta individual-particular va de la mano con que tengan una percepción positiva acerca de las cirugías. Asumen que –en materia de salud– las mujeres de estratos económicos superiores son atendidas de mejor manera. También tienen la creencia de que las mujeres “ricas” son las que mejor se alimentan, reciben atención especializada completa, que su salud mental es monitoreada de manera constante, que tienen asesores de imagen, asistentes para realizar sus tareas, tiempo libre y gozan de satisfacción con su apariencia y complexión corporal. Piensan, en general, que quienes encarnan sus estereotipos de belleza y salud en los medios, o son seres privilegiados históricamente por la naturaleza, o se han sometido a diversas cirugías porque tienen los recursos para hacerlo. Todo esto fue declarado en 76 por ciento de los casos de la encuesta y la totalidad de las mujeres en entrevista. Ésta sería la distinción bourdiana contemporánea: haber

nacido corporalmente privilegiada en la historia o poder acceder a cirugías, dietas y cuidados que en sus condiciones de trabajadoras no tienen, ni pueden.

Para la mayoría de las mujeres de este estudio, la cirugía se convierte en un anhelo, un factor motivacional. Acceder a ella les representaría un pase automático para ser mujeres ricas y poderosas. Este mismo halo de privilegio económico y transformación extraordinaria de la persona es lo que refuerza la fantasía de ser intervenidas quirúrgicamente y, para algunas de ellas –sobre todo para las que padecen obesidad– se habrá de constituir como un nuevo reto o logro a alcanzar y llevarlo a una realidad material. Estos resultados coincidieron indirectamente con las estadísticas de la ENSANUT 2012, en donde se encontró que los estratos medios y altos son los que menos acuden a consulta regular, pero son los que más hacen uso de los servicios de cirugías en los hospitales públicos.

De forma semejante a lo que ocurre con las RAM, conocen los costos económicos de las cirugías, los lugares donde se practican y los planes de pago, pero desconocen los riesgos fisiológicos y los índices de mortalidad de la práctica. No han escuchado, por ejemplo, testimonios de personas que no sean los promovidos por los mismos hospitales o que no sean los mismos médicos cirujanos. Hay una desinformación reiterada, donde el mecanismo constante es ocultar a la vista lo que no se desea, porque no quieren ser desilusionadas: lo importante es mantener la “esperanza” de que un día estarán “en forma” para ascender en la escala social si logran realizar alguna transformación radical con su cuerpo o, mejor aún, si logran como resultado el cuerpo escultural que desean, el ideal. En cualquiera de los casos, el cuerpo se convierte en un objeto a disposición de los demás, susceptible de ser visto y valorado por sus características exteriores, es decir, por la imagen ofertada.

El estrato socioeconómico y el trabajo

Los estilos de vida saludable tienden a ser vistos como parte de la exigencia de la modernidad, es decir, como equivalente del tiempo presente, en donde la sociedad se ha globalizado e imperan las nuevas tecnologías. Ésta es una representación que facilita la experimentación individual del cuerpo y la búsqueda de información, bajo una serie de supuestos que tienen que ver con redes de confianza hacia la información global y hacia las otras mujeres, de las cuales obtienen información clave.

En este sentido y en dicho contexto, practicar ejercicio constantemente desempeña un papel muy importante en la interacción social con otras mujeres, porque además les da la posibilidad de intercambiar información sobre cómo adelgazar. El ejercicio se vuelve entonces una estrategia que cumple una doble función: además de disponer corporalmente al adelgazamiento, se asocia con la identidad dentro del estrato económico y la socialización con otras mujeres al suceder fuera del hogar. Cuando la práctica del ejercicio es acompañada del uso de los productos, adquiere una representación que puede tener un plus de tecnología o "exactitud". La tendencia al pago por servicios para el adelgazamiento también se explica bajo una lógica de posicionamiento o poder de consumo, pues al tratarse de una práctica cada vez más frecuente e institucionalizada, se normaliza entonces como parte de los servicios en los que hay que invertir a fin de no quedarse fuera de lo representativo de su estrato económico.

Las estimaciones que ellas mismas hacen de lo que necesitarían "invertir" para tener todos los productos y servicios deseados para "cuidarse" oscila entre los cuatro y los siete mil pesos mensuales, es decir, de los 59 a los 104 salarios mínimos al mes. La erogación del gasto actual por productos no se correlaciona con la percepción de la

eficacia, por lo que queda claro que cuando las mujeres lo adquieren en realidad saben que están comprando algo incierto, pero ello les representa “hacer algo” significativo en su estrato por cambiar o mejorar sus condiciones de vida.

Respecto a las aportaciones de Bauman (2007), es posible afirmar que, en efecto, el consumo forma parte de la vida cotidiana e identitaria de las mujeres; ello habrá de reafirmarles no sólo la capacidad de compra, sino también la pertenencia al estrato socioeconómico. Con relación a la postura bourdiana, la investigación confirma que existe una gran cantidad de supuestos que subyacen a los argumentos otorgados por las mujeres que son irreflexivos: no existe necesariamente razonamiento acerca de la conveniencia de lo que se consume. El consumo es calculado en cuanto a la posibilidad del pago, pero en su lógica, en el sentido práctico o social, es altamente irreflexivo (“nunca había pensado en eso”) o se da a partir de un doble vínculo (“nada mágico va a hacer que adelgaces pero... ¿y si sí?, estaría padre”). Las mujeres desean verse bien y están dispuestas a asumir riesgos en el intento de conseguirlo, siempre que no sea visibilizado o materializado el daño, por lo cual conviene que sea inconsciente.

Cuando las mujeres no cumplen con la norma de poseer un cuerpo dentro de los estándares deseados de peso y talla de ropa, se responsabilizan de su incapacidad para moderarse, controlarse o disciplinarse, surgiendo acusaciones fáciles de irresponsabilidad o dejadez hacia ellas mismas. En el ambiente laboral, las mismas mujeres suponen que cuando otra persona “se ha dejado caer” en la obesidad, hará su trabajo con poca calidad porque será presa de la inmovilidad y falta de rendimiento físico, pero también le adjudicarán otros atributos personales como falta de “responsabilidad”, “disciplina” y “seriedad”.

Las mujeres obesas, por su parte, tienen mayor obligación social de arreglarse. El “arreglo personal”, que por

otro lado refuerza el estereotipo de género, puede resultar una estrategia oportuna en estos casos para reducir el consumo de productos en 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 "más presentables" del cuerpo o al consumo de productos notablemente caros. A través del consumo de accesorios, cosméticos y diversos productos, las mujeres que padecen sobrepeso se concentran en presentar un rostro o una apariencia "bella" que no necesariamente tenga que ver con la silueta, como una marcada insistencia en mostrar su valía como personas, desplazada hacia los objetos de consumo y los logros alcanzados con ellos.

En estos casos, el consumo de otros productos corporales, basados en marcas de moda o diseñadores, sirve para menguar los efectos de la inconformidad corporal y aumentar la aceptación social en un medio estigmatizante. Se cumple lo que las compañías publicitarias saben acerca de esto:

El poder de las marcas es el poder mágico de la imagen. Esto puede sonar muy irracional [...] pero todos los días estamos comprobando que el consumidor está dispuesto a hacer un esfuerzo notable por conseguir los codiciados símbolos pegados a las prendas de vestir y a los objetos de consumo, cómo confía en sus marcas, cómo queda deslumbrado ante los nuevos modelos que las grandes firmas están poniendo año con año en el mercado. En realidad, sabemos muy bien que las imágenes no tienen ningún poder [...] pero también sabemos hasta qué punto la imagen adecuada en el lugar adecuado es capaz de agitar conciencias, de estremecer, de sacudir, como los médicos conocen el poder de los placebos (es decir, el poder no de una medicina sino del signo de una medicina). Las marcas son los amuletos de la sociedad posindustrial,

los símbolos alrededor de las cuales se agrupan cientos de miles de personas en el mundo (Eguizábal 2007, 19).

Las consumidoras saben de esta intención de la publicidad de impactar simbólicamente en ellas, están conscientes de eso y lo viven con desilusión. Sin embargo, acceden al juego de pertenecer a ese grupo identitario de miles de personas consumidoras de alguna marca, porque el solo hecho de pertenecer a un grupo ofrece sin lugar a dudas una ventaja sobre las que no podrían pertenecer a él en su escala social.

Las mujeres entrevistadas afirmaron que deben cuidar su imagen, ya que forma parte del catálogo laboral y aumenta la probabilidad de encontrar pareja o de conservarla. Su cuidado personal atiende el precepto de estas mujeres en su estrato de permanecer actualizadas acerca de las tendencias de moda, estar informadas oportunamente de sucesos globales a través de los medios de comunicación, ser personas competentes y preferentemente profesionales en lo que hacen, incluso si su labor es ser ama de casa. 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, pero ahora llevada al interior del “hogar” con una disciplina incorporada.

El cuerpo en calidad de objeto se transforma en divisa dentro del ambiente laboral y familiar, y remite a una serie de valores simbólicos como la disciplina y la responsabilidad, ante lo cual las mujeres no son críticas, sino reproductoras de estos mecanismos, provenientes del orden simbólico dominante durante siglos en el mercado laboral. En la esfera pública, entonces, la mujer deberá incorporar prácticas de cuidado a sí misma, disciplinarse en su dieta, hacer ejercicio, mantenerse delgada y evitar adicciones, como parte de una fórmula ya proba-

da de rendimiento y prevención de enfermedades, tanto físicas como "mentales", pero también como demostración de valía como persona: verse bien en su entorno laboral, más allá del espejo en casa.

Cuando existe sobrepeso, aunque se practique lo anterior, la imagen que se emite es disonante, pues no se satisface la esperada o deseada por una mayoría; entonces se genera culpa, angustia o vergüenza en las mujeres, que se ven evidenciadas como defectuosas en el cuerpo o en sus prácticas. Algunas expresiones en el capital lingüístico para sentenciar estos logros no alcanzados son descalificaciones personales que van desde "ser irresponsables" o "desidiosas" hasta ser "cochinas" o "cerdas", traducidas como valoraciones negativas, estigmas, condiciones subhumanas.

En la representación del cuerpo que deja de ser humano y muta a animal (un cerdo) hay una transgresión simbólica, una violencia impresa sobre la percepción de la mujer. Lo animal se asocia también a lo pecaminoso y lo repulsivo, lo vulgar, lo instintivo, al no haber podido alcanzar las virtudes esperadas: ser evaluadas como responsables, disciplinadas, puntuales y pulcras, características deseables desde una visión androcéntrica por la cual son dominadas.

En todos los casos los calificativos otorgados en los discursos remiten a la alteridad, pero no en una lógica de igualdad, sino de delegación o subalteridad. La mujer está a merced de la mirada y juicio expresado de los observadores y difícilmente tiene espacio o margen para poder observarse sin adjetivos calificativos a sí misma, o para construirse junto a nuevas representaciones asociadas al placer, diversión o creatividad.

Hacerlo, por ejemplo divertirse, en sus condiciones corporales, significaría no sólo una transgresión al orden de las interacciones cotidianas en el hogar y el trabajo, sino

además una percepción desequilibrada, fuera de la norma y de los estereotipos vigentes o socialmente válidos. La severidad en el juicio para quien no se presenta a trabajar bajo los estándares esperados expresa una adhesión dóxica, algo irreflexivo, que reproduce la severidad de la violencia simbólica con las que ellas mismas han sido tratadas históricamente. La exigencia al cuerpo, que es a sí mismas, puede verse también como un esfuerzo laboral autoexigido, que tendrá que ser del “120 por ciento”, es decir, más allá de los límites de exigencia para todos los demás.

En este sentido, aunque los estándares sean altos para quien combina la carga de trabajo con la del hogar, hay que esforzarse por alcanzarlos, o bien establecer prejuicios acerca de quien sale a trabajar sin ser excelente, lanzando sentencias discriminatorias contra el cuerpo no arreglado. Por tratarse de mujeres, la exención de la etiqueta discriminadora se obtiene sólo cuando se sobresale, cuando se alcanzan logros históricos o excepcionales en el contexto laboral. Sólo entonces las mujeres entrevistadas por consumir productos para adelgazar, pueden hablar con orgullo y satisfacción de lo que han hecho, y se olvidan, por instantes, de la devaluación permanente a la que son sometidas por los demás y por sí mismas.

El género y el desarrollo personal

Respecto a la evidencia de cómo se compite con la imagen corporal de otras mujeres por títulos de responsabilidad y disciplina, el sentido de la práctica que se observa en el trabajo es equiparable a la de las prácticas en pareja, compitiendo directamente con las de otras mujeres. Aunque aparentemente el esposo no lo exija, las mujeres se preocupan por “cuidarse” bajo el sentido orientativo de que esta acción es una entrega generosa hacia los suyos, de la misma

forma que lo hicieran las mujeres en el siglo XIX, según la descripción de Simone de Beauvoir (1949). El sentido y la frecuencia en la entrega de su tiempo, sus prácticas y su cuerpo, a la dedicación sobre el cuidado de los aspectos cotidianos de los integrantes de la familia es desproporcionado en comparación con el cuidado otorgado a sí mismas o a su descanso, pues éste se suma a lo que “intuyen” –como encontrara Bourdieu– agradable a los demás.

Para ellas es motivo de orgullo que sus hijos las vean delgadas y les resulta gratificante que sus allegados les reconozcan su voluntad, su vida activa, su capacidad de control y lo responsables que son, por lo mucho que hacen por el cuidado de sus familias. La mujer se cuida entonces bajo la mirada aprobatoria o reprobatoria de los demás, pero no en un sentido de sí mismas como objeto valioso para sí, sino de objeto útil a los demás.

El género constituye la estructura de mayor dominación simbólica –pasando desapercibida en las mujeres– y en función de esta normalización –con la que realizan sus procesos de arreglo personal y cuidado familiar– es que puede observarse y explicarse también la fuerza del mecanismo hacia el consumo. Hay un temor, entre las solteras, de no llegar a tener pareja y en las casadas o emparejadas, de perderla: el cuerpo desempeña un papel preponderante respecto a la permanencia en la mirada del varón. La mayor valía, entonces, sobre la mercancía social llamada cuerpo la sigue aportando la compañía masculina, por lo que la mujer deberá tener la responsabilidad de generar nuevas y mayores prácticas para mantener sus alianzas o vínculos afectivos con él. Esta relación de dominación permanece oculta a la percepción de las mujeres, quienes, en cambio, esperan ser valoradas por sus virtudes y prácticas generosas.

Se observa una lucha permanente por conservar la estructura tradicional familiar y una competencia por al-

canzar lo mejor para ella: en ocasiones denotando conflicto con otras familias o parejas del mismo estatus. En diversas expresiones de las entrevistadas esta percepción se reduce a la responsabilidad por conseguir o mantener la mejor imagen de la familia frente a los demás, donde la apariencia de salud (ahora familiar) se le delega comprometedoramente a la mujer.

Una estrategia utilizada por algunas mujeres para ser juzgadas con menos severidad por otras cuando suben de peso es recurrir a la maternidad como elemento de posicionamiento social, justificando el no cumplimiento de los estereotipos corporales esperados. Son frecuentes las expresiones: “yo tuve el cuerpo que quise” (antes de ser madre), “era delgadita”, “era talla tres antes de ser mamá” o “me ponía los vestidos que quería”. Esta percepción justificativa por no conservar un cuerpo delgado debido a la maternidad fue observada particularmente en las mujeres mayores durante la encuesta, mientras que en las entrevistas la exigencia por apegarse al estereotipo del cuerpo delgado como elemento posmoderno aumentó en las mujeres más jóvenes. El deber ser (“no engordar”) vale para todas las mujeres y no hay concesiones aunque exista la maternidad, lo que lleva a cuestionar el impacto o alcance que puedan llegar a tener sus actuaciones sociales ante tantas exigencias, entre tantos contextos y con tantos actores involucrados.

En todos los casos existe cierta percepción de maternidad tradicional donde, de nuevo, el común denominador es el sentido de entrega en las prácticas diarias: ellas son las responsables de preparar los alimentos y cuidar las porciones para los miembros de la familia; ofrecer motivación y traslado para hacer ejercicio; restringir el consumo de productos nocivos o “comida chatarra”; además de brindar la asistencia o cuidado inicial en el desarrollo de enfermedades hacia los miembros de la familia, para lue-

go persuadir a la revisión clínica profesional y especializada cuando lo creen necesario. En este sentido, las mujeres son las cuidadoras de la salud e imagen del hogar, función asumida normativamente en su rol social como madre y pareja, que se instala en lo más profundo de su identidad, ya que es parte de su actuación para cuidar la alianza matrimonial a la que han tenido el privilegio de acceder.

En el caso de las madres, la distinción contemporánea radicaría no sólo en el cumplimiento de su actuación como madres y esposas, sino además en la conquista de mantener los estándares corporales de delgadez aun después de haber tenido hijos. Con el paso del tiempo, las mujeres van ganando experiencia en el campo del adelgazamiento, bajo la *illusio* de ser dueñas del cuerpo a conquistar, pero dependientes de la aprobación de la mirada de los demás. El cuerpo no es propio en un sentido de posesión, sino un objeto dependiente de la calificación aprobatoria; por ello las frases de “tuve el cuerpo que quise”, “este cuerpo no es mío” o “éste no es mi cuerpo”, como indicadores de que la identidad, la persona misma decide si se instala o no en el recipiente vacío –con medidas específicas aprobatorias y reprobatorias– sobre el que se depositarán los *habitus*. “Éste no es mi cuerpo” hace referencia también a una negación de la realidad, una adhesión a la mirada dominante donde ni ellas aprecian la imagen observada porque eligen anhelar el cuerpo idealizado, aquel que el campo social tiene estereotipado.

“Éste no es mi cuerpo” también puede interpretarse como una expresión de escisión, en donde la extrañeza del cuerpo alude a una falta de integración y corporeidad de las sensaciones que implica estar en un mundo social, en un sentido fenomenológico (Arnao 2013). Una separación entre las emociones y la imagen vista de sí mismas que dificulta asimilar las emociones, por lo desagradable de la experiencia.

Hacer lo que requieran para ser mujeres contemporáneas de éxito, con capacidad de logro, será la consigna permanente en la milicia por el cuidado del cuerpo. 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 en el seno de sus familias, les brindará la tan anhelada satisfacción.

Los esquemas cognitivos bajo los cuales evalúan sus condiciones se ven investidos por un sentido común, como un consenso práctico, que se refleja en expresiones lingüísticas como: “lógico”, “obvio”, “por supuesto”, “tipo”. La cosificación de la mujer ha sido incorporada de manera sofisticada en la percepción subjetiva, ubicando sus recursos al servicio de lo que para una mayoría es importante y valioso, acompañado de argumentos que denotan agrado porque complace a otros (como cuando se sienten “sexys”).

Las madres jóvenes se reafirman a sí mismas como mamá orientada, esposa profesionista y responsable, una mujer que se esfuerza dignamente por verse “bella” y “sexy” para su pareja, etcétera. Lo contradictorio de esta situación radica entonces en la multiplicidad de prácticas y actuaciones que las mujeres deben cuidar, el tiempo y recursos orgánicos –energéticos– que requieren para ello. Hay un costo social y fisiológico que pasa inadvertido para los actores involucrados en el campo del adelgazamiento, y es que ante tantas responsabilidades asignadas a la mujer por su rol tradicional al cuidado de los demás, el tiempo que posee para la recreación y el descanso es prácticamente nulo o deficiente. En la lógica de la práctica, las mujeres entran en franco agotamiento, mientras que en la lógica de sus discursos, provenientes de los expertos en desarrollo personal –como la psicología y los *coaches*–, las mujeres deberán sonreír, ser optimistas y positivas,

apoyar a los demás, amar a sus hijos y sus parejas incondicionalmente, etcétera, además de verse bien.

Se trata de una doble valencia en donde la imagen de la mujer desempeña un papel preponderante para la enunciación de un juicio global sobre sí misma, ubicándola de nuevo en estado de objeto de observación, de aspecto particular, legitimado por las ciencias de la salud mental. Para la obtención de datos sobre esta categoría de análisis, tanto de entrevista como de encuesta, prácticamente no se encontraron estrategias, pues ellas reproducen los discursos acerca de cómo debe ser una mujer, con una visión de dominada, sin reflexividad, propuesta, ni margen para el cambio social.

Para ellas, el tiempo libre se constituye como un recurso inaccesible, no disponen de tiempo, tal como lo afirman las estadísticas del país, y no son conscientes de que la falta de tiempo adecuado de descanso se convertirá en un mecanismo reproductor de las condiciones inequitativas y de subordinación en sus interacciones cotidianas, reproduciendo su posición de víctima o discriminada, al evitarle acceder a otros recursos y derechos. Este mecanismo las colocará además en condiciones de propensión a nuevas enfermedades y las dispondrá a perpetuar las brechas entre las categorías de género en las posiciones sociales. Esto coincidió también con las investigaciones hechas con perspectiva de género acerca de la carga global de trabajo y la falta de tiempo libre en otras mujeres del país y América Latina (Procuraduría Federal del Consumidor 2012; Bejarano 2012; Enríquez 2010; Gamba 2007; Medel, Díaz y Mauro 2006).

Las condiciones de subordinación –donde los *privilegios* de recreación, diversión, tiempo libre, comida nutritiva preparada, acceso al cuerpo deseado, etcétera, sólo son asequibles para un estrato socioeconómico alto– son el mecanismo con el que se reproduce finalmente la con-

dición de identidad disminuida que les ha sido socialmente atribuida de forma histórica. Las estructuras vigentes les demandan la responsabilidad individualizada de una serie de prácticas que resultan prolongadas y agotadoras para cualquier persona, por lo que no cabría la oportunidad de un desempeño ejemplar o espectacular para la vida pública, pero que se legitiman en función de pertenecer al género femenino: ser madres, cuidadoras, esposas, responsables, trabajadoras y luchonas. Por ello es también que para poder sobresalir en el ámbito profesional tendrían que dar el 120 por ciento de esfuerzo.

Los procesos fisiológicos y metabólicos –la herencia y la predisposición en sus cuerpos– sólo forman un ápice más de problemas a los que se enfrentan diariamente en su condición de mujer: sus múltiples trabajos, su herencia, las sentencias “naturales”, para lo que tienen que hacer algo, aunque no sepan exactamente qué. Por ello es tan importante practicar lo que las demás mujeres de éxito corporal ya realizaron, en la espera del milagro de que sus esfuerzos –sus batallas– sean visibles para alguien, de la misma forma que les ha ocurrido a otras, a unas cuantas. Culpabilizarse por la salud-enfermedad y mantenerse en condiciones de presas o víctimas ante la falta de tiempo van paralelos a su ilimitada entrega en el hogar y el silencio con el que asumen sus estigmas diarios, pues con estas actitudes no es posible revertir el orden social y, en cambio, hay una ganancia social: que el resto de los actores sociales continúen con una deuda impagable para con ellas. Así, el capital político, económico y cultural perdido con la normalización de sus prácticas corporales –la interiorización de los *habitus*– lo habrán de ganar en forma simbólica, a través de la honorabilidad, de la generosidad y la fortaleza para afrontar sus luchas cotidianas. Una batalla campal notoriamente desproporcionada.

Conclusiones

El cuerpo de la mujer entre 30 y 45 años de edad en Hermosillo, Sonora, del estrato socioeconómico medio, constituye un capital activo a ser conquistado por diferentes actores, en un campo social complicado y sumamente competido. El consumo de productos para adelgazar por ellas realizado es sólo un indicador de profundos procesos sociales que operan de manera cotidiana y que impiden su visibilidad, así como la prevención oportuna de distintos trastornos y afectaciones a la salud de la mujer.

A continuación se sintetizarán los mecanismos que constituyen los procesos y situaciones sobresalientes en la vida cotidiana de las mujeres –identificados como frenos o detonantes–, pertenecientes a la 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, Sonora?*, la presente encuesta reveló que los productos son consumidos por la mayoría de ellas: seis de cada diez mujeres reconoce haber consumido, en algún momento de su vida, algún producto para adelgazar. Y cinco de diez aún siguen haciéndolo. El tipo de productos es diverso. En primer lugar se consumen los medicamentos, luego los suplementos alimenticios y las prendas de vestir y, por último, los cosméticos. Los costos son variados: pueden ir desde 30 hasta 1 800 pesos por cada uno, obteniendo una media de 491 pesos gastados mensualmente por

quienes consumen al menos un producto con la intención de adelgazar.

El detonante previo a la compra del producto es que otra mujer lo haya consumido y tras la efectividad probada en esta persona, se da el proceso de su búsqueda o localización comercial. Regularmente la compra sucede en supermercados, farmacias, establecimientos comerciales y de importación, pero también de manera informal en los mismos centros de trabajo, por catálogos o entre "conocidos" asociados a la salud. Las compras en Internet son minoritarias, pero, al parecer, sirven para la importación o localización rápida de productos ya retirados o que aún no se comercializan en el país.

A través de vías informales de comunicación, las mujeres hacen consultas eventuales a "expertos" sobre las condiciones de uso y disponibilidad del producto, pero escasamente sobre las contraindicaciones, las cuales, la mayoría, las desconoce. Los malestares asociados sólo se perciben como consecuencia de una parte minúscula en una amplia gama de artículos consumidos a lo largo del día, como parte de los hábitos alimentarios, higiénicos, estéticos y deportivos.

Uno de los mecanismos poderosos que generan mayor consumo lo constituye la percepción de naturalidad, así como el desconocimiento de consecuencias dramáticas por el uso de estos y otros productos en otras mujeres adultas. A diferencia de la socialización con la que se recomiendan los productos entre las mismas mujeres, no existen mecanismos de alerta entre ellas.

Existe un proceso selectivo de la información que solicitan sobre lo que van a consumir, ignorando las RAM, aun cuando ellas mismas las experimentan como sensaciones fisiológicas y que categorizan perceptualmente sólo como "molestias" que en su mayoría resultan soportables. Es sólo cuando las RAM amenazan con incapacitar-

las o ingresarlas a un hospital para intervención médica, cuando, como estrategia, dejan de consumir el producto para adelgazar.

Hay una circulación reiterada de productos en el mercado que no tienen licencia para hacerlo. Una de cada cuatro mujeres reportaron haber consumido productos que fueron registrados en las páginas de la COFEPRIS cuando éstos ya habían sido anunciados como retirados del mercado desde 2010. Existe, además, una tendencia al consumo simultáneo de productos; se encontró que una de cada cinco mujeres consume simultáneamente más de dos productos de una larga lista de productos y servicios en los que suelen “invertir”.

El gasto por consumo personal no está relacionado con la percepción de la efectividad de los productos, mientras que la insatisfacción corporal sí es estadísticamente significativa para consumir y gastar en productos adelgazantes, proceso complejo y subjetivo que guarda estrecha relación entre sus actores.

La segunda pregunta particular de investigación fue: *¿qué significa la delgadez corporal para las mujeres del estrato socioeconómico medio?* Aunque los significados son diferentes de una mujer a otra, fue posible hacer generalizaciones acerca de lo que sucede con el consumo a partir de la revisión de las prácticas. En ellas, la satisfacción corporal desempeña un papel mediador importante. Sin embargo, lejos de observarse 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 de las mujeres.

Para ellas, el concepto de salud es un complejo social alcanzable que se compone, entre otros elementos, de verse y sentirse bien. Esto último no se puede lograr, a su

vez, sin el requisito básico de estar delgadas. Poseer un cuerpo delgado se traduce en *ser* delgadas, pues las características y complexiones corporales se sincretizan con la identidad. De la misma forma, poseer un cuerpo gordo se traduce en *ser* gordas y con la sentencia social de la gordura se deriva una serie de estigmas hacia las mujeres, que en la menor de las consecuencias genera prejuicios acerca de su trabajo y su responsabilidad para cumplir con sus roles.

Poseer un cuerpo delgado les garantiza a algunas mujeres que con ello están haciendo su parte en el deber ser colectivo –en calidad de mujeres preocupadas por el aumento de la obesidad en el estado o en el país–, mientras que a otras las libra de un “problema” derivado de una familia con obesidad, o de haber pasado por un proceso de maternidad. 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, las mujeres reconocen que se necesita de disciplina. Dado que todas las entrevistadas eran trabajadoras, fue relativamente fácil ver en los argumentos cómo las mujeres trasladan valores altamente cotizados del escenario laboral al hogar. Tienden a valorar la perseverancia en las prácticas, la responsabilidad, el planteamiento de metas personales y la búsqueda incansable de alternativas para conseguir algo. Han desarrollado una autoestima –un aprecio por sí mismas– basada en el logro. De modo que quien ha conseguido dominar su propio cuerpo, adelgazando, es realimentada por otras mujeres y por sí misma de manera positiva. La valía (inscrita en la identidad misma de la persona) aumenta y, entonces, el capital personal acumulado y familiar también. No importan los métodos –y si son combinados, mejor– siempre que éstos sean juzgados como efectivos para conseguir adelgazar.

Los chequeos y monitoreos periódicos del 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 a través de la talla de ropa y de la imagen que el espejo les otorga al ponérsela. Es por eso que la compra de ropa representa un tema reforzante o incómodo, ligado a la satisfacción corporal.

Cuando una mujer “no se siente bien” es porque no se ve bien frente al espejo. Ha interiorizado los filtros de aprobación por los que tiene que pasar para ser considerada, en principio, una persona, alguien existente, digna de ser visible ante los demás. Si el objeto observado, en términos de complexión, no es delgado, surge la frustración y la reprobación hacia él, que se refleja en expresiones como “éste no es mi cuerpo”: la negación, desaprobación y el desprecio propio para el cuerpo que, cosificado, no posee los estándares deseables.

En estos casos, cuando la mujer no se percibe delgada, lo recomendable por otras mujeres y por los profesionales de la salud y la estética que la proveen de información, servicios y productos es buscar ayuda. La mujer no delgada debe reconocer, como quien tiene una adicción, que está ante un problema y entonces solicitar ayuda profesional. Un punto social importante habrá de ser la justificación de la no delgadez, es decir, ofrecer argumentos a los demás sobre sus prácticas de consumo, dieta y ejercicio, cuando no hacen lo que saben que deben hacer: bajar de peso.

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: 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 como seres sociales, porque finalmente “son mujeres”.

En la interpretación del adelgazamiento, como sinónimo de “arreglarse”, está también la expresión “cuidarse”, 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 frecuencia, las metáforas utilizadas en sus discursos expresan el material simbólico resguardado en el que asumen que el cuerpo es en primera instancia un animal que hay que domesticar, que hay que entrenar, dominar. Realizar acciones para no “dejarse engordar” no tiene que ver entonces con prevenir enfermedades de manera lineal o automática, sino más bien con demostrar en su medio social y para sí mismas que son capaces de contenerse, autorregularse. Controlarse, esculpirse, educarse, son los sentidos de la práctica con los que se confirman sus actuaciones sociales y que coinciden con las aportaciones de Bourdieu y de diversos teóricos feministas, cuando afirman que los corsés dejaron de usarse históricamente sólo para incorporar sus características de rigidez al mismo cuerpo femenino (Abécassis y Bongrand 2008; Lizarazo 2009; Lombardo 2011).

La distinción bourdiana no se da en el estrato medio, sino sólo a través de un proceso de reeducación que exige conocimientos sobre nutrición, psicología, entrenamiento deportivo, aparatos electrónicos, entre diversos aspectos.

Las experiencias, percibidas como exitosas o como fracasos en la intención de adelgazar, las legitima como expertas; sin embargo, hay una relación de subordinación y complementariedad con el resto de los actores sociales en las estrategias de adelgazamiento. Dichos actores son:

- Las otras mujeres usuarias de productos
- La pareja y la familia
- Los profesionistas asociados a la salud
- La industria farmacéutica y el comercio
- Los profesionistas asociados con el desarrollo personal
- La industria publicitaria y los medios de comunicación

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, Sonora?*, es importante reconocer de entrada que el volumen de consumo es alto, precisamente porque se encuentran más procesos de incentivos que de restricción. Es decir, los mecanismos que impulsan diariamente hacia el consumo son, con mucho, más y de mayor fuerza que los que pudieran frenarlo. En el campo del adelgazamiento queda un margen mínimo para la agencia, pues se encontró que:

- Hay una marcada tendencia hacia la imitación de estereotipos de género y estrato económico.
- Hay una dominación en el lenguaje cotidiano de sus procesos corporales por conceptos y discursos provenientes del sistema biomédico y comercial.
- Hay escasa participación social y gestión en los procesos e instituciones asociadas a la atención de la salud-enfermedad.
- Existe desinformación relevante para la propia salud.

- Prevalece una dependencia emocional hacia la imagen corporal, evaluada reiteradamente por los demás, entre otros factores.

Los principales procesos sociales hallados que fungen como detonadores hacia el consumo de productos adelgazantes son:

- La naturalización de los productos, al buscarles rasgos que reduzcan la disonancia cognitiva y además involucre a otras personas en calidad de legitimación de la práctica, al mismo tiempo que se da la negación de factores de riesgo y el ocultamiento de las RAM. Este factor es de suma importancia, pues al no atenderse, se compromete potencialmente la salud a futuro de las mujeres. Al respecto, se otorgan recomendaciones en el siguiente capítulo.
- La falta de condiciones laborales y familiares para tener tiempo libre, lo que les permitiría vivir con menos estrés y poder realizar actividades que sustituyan el consumo del producto, como el ejercicio o la alimentación nutritiva variada; además, tener acceso a otros derechos en la vida cotidiana como el descanso y la recreación, que también podrían desembocar en la participación ciudadana y otras gestiones para la salud, de ellas o de sus familias.
- La "satisfacción", basada en el cumplimiento del deber ser, lograda por quienes eventualmente han alcanzado la imagen corporal deseada, ya que con ello se reafirma la creencia de que tras la voluntad y la disciplina verdaderamente se puede alcanzar el logro de encarnar el estereotipo corporal de su género.
- La dominación simbólica de las ciencias biomédicas, cuyo posicionamiento sigue siendo importante y vigente, pues se encuentra en la cotidianidad de las mu-

jeros a través de las prácticas de medicación y el anhelo frecuente por realizarse cirugías plásticas. Esta dominación ha inscrito procesos de reprobación y medicalización en la moral cotidiana, que constituye el mayor capital de los profesionales de la salud: lo ideológico. Los *habitus* médicos y de consejería son los que advierten sobre los “estilos de vida” que habrán de orientar a las personas a la salud, bienestar, felicidad y éxito. Cuando las mujeres dan indicadores –con el sobrepeso y la obesidad– de que no están cumpliendo con este sentido orientativo, hay una sensación de vergüenza y angustia, una inadecuación social, una ansiedad semejante a la que se experimenta con cualquier conducta inmoral. Además, el sobrepeso dificulta la aceptación de los otros en un campo competitivo; luego entonces surge el consenso social de que una persona no tendría por qué percibirse sana si posee sobrepeso u obesidad.

- La cultura de la obligación, el sacrificio y la disciplina, que refuerza que hay que hacer lo necesario para sentirse bien (capital ganado por la religión y la psicología o las disciplinas asociadas al desarrollo personal), donde las mujeres reproducen la visión dominante de que adelgazar es algo bueno: Si yo lo hago, soy buena ciudadana, paciente, hija, persona, pareja, mujer y un largo etcétera en las representaciones.
- La supremacía de la imagen sobre las nociones de salud. Verse bien es importante para sentirse bien. Aunque cumplan cabalmente con las prácticas alimentarias, deportivas y clínicas que ellas reconocen como necesarias para gozar de un estado de bienestar o de salud aceptable, si no se sienten bien con la imagen del cuerpo que “traen” en ese momento, perciben que no gozan de salud.
- La superioridad de la tecnología sobre los servicios de consulta médica. 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 “imperfecciones” corporales. Lo costoso de la tecnología lleva a considerar que quienes tienen acceso a ella están mejor posicionados en la posmodernidad. A las mujeres que consumen algo que se “realizó de manera científica”, o que “está bien equilibrado”, simbólicamente les 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, existe la *illusio* de que están siendo 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 de ahorrar para las cirugías o comprar todos los productos que desearían.
- Encontrar indicadores clínicos que no les gusten –o les preocupen– en sus exámenes periódicos, aunque la asociación causal no necesariamente obedezca al fármaco.
- Centrarse en el consumo. Si no pueden bajar de peso, habrán de consumir de forma costosa o exclusiva –artículos de tocador, accesorios, “ropa de marca”– aumentar propiedades o ingresar a clubes y gimnasios exclusivos, entre otras prácticas, para percibir que aumentan su capacidad de logro y distinguirse de otra forma en el estrato socioeconómico.
- Maximizar los “defectos” corporales de otras mujeres –como la asimetría o la estatura baja–, o bien juzgar como incorrecto o inmoral prácticas de exhibición pú-

blica de algunas partes del cuerpo en otras mujeres, como el busto, abdomen o piernas.

- Resaltar en el “arreglo” corporal las partes del cuerpo que sí cumplen 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 o pareja, aunque ésta se observe en un cuerpo con tallas extra.
- Y, finalmente, la menos observada: la autoaceptación incondicional de los cuerpos y sus partes. Aquel aprecio propio desarrollado por escasas mujeres que se reconocen valiosas e implementan en sus discursos nuevos significados a su condición corporal, como “soy una gordibuená”, “tengo con qué sentirme sexy” o “me vale”. Son posturas que, para las consumidoras de productos para adelgazar, algunas mujeres las han asumido ingenuamente, creyéndose aquello de que es posible “la gordita feliz”.

Recomendaciones

El consumo de productos para adelgazar tiene mecanismos de resistencia débiles en las condiciones socioculturales en las que se está dando, lo que genera un desequilibrio entre las capacidades de los diferentes actores en el proceso. Se trata de una batalla perdida, con mucho, entre las mujeres.

Esto constituye un desafío en materia de salud pública, tanto por las repercusiones individuales que pueda llegar a tener como por los costos económicos que el sistema de salud pueda enfrentar derivado del consumo prolongado, combinado y poco supervisado de los productos. Ante ello, *el gobierno* posee una responsabilidad ineludible, que deberá centrarse básicamente en cinco tipos de actividades desde las entidades reguladoras:

- 1) La suspensión efectiva de productos considerados riesgosos mediante la prohibición específica de importaciones, el aumento de personal sanitario para la verificación y el retiro de los productos, así como la implementación de sanciones económicas a establecimientos que comercialicen productos sin licencia sanitaria.
- 2) La investigación y regulación de los productos aparentemente inocuos, pero que en realidad son considerados como tales porque no están estimados sus riesgos con el mismo rigor de un medicamento. Hoy sabemos, por ejemplo, que el corsé influyó durante siglos en la alta mortalidad de las mujeres y baja na-

talidad en países (Klingerman 2004), pero se supone que las prendas que por siglos lo han sustituido son inofensivas. Es recomendable la solicitud de estudios de impacto a la salud también a los fabricantes de cosméticos, fajas, tenis con plataformas, plantas tradicionales y suplementos alimenticios, lo cual puede darse a través de convenios de trabajo con universidades y centros de investigación, de tal forma que pueda exigirse como parte de la licencia sanitaria.

- 3) La homogenización de etiquetas de advertencia en los productos que cuentan con licencia sanitaria destacando las contraindicaciones y riesgos, de la misma forma que ya se hace con las leyendas de daño a la salud en la comercialización de los cigarrillos de tabaco, de tal suerte que no puedan ser ignoradas por las consumidoras.
- 4) La regulación efectiva en los medios de comunicación para que frenen la reiterada difusión de imágenes estereotipadas sobre el cuerpo de la mujer, así como el contenido y volumen de publicidad que presenta actualmente la industria farmacéutica y médica sobre sus productos, pues estos estereotipos son reproductores de la insatisfacción corporal y la búsqueda de alternativas milagrosas para menguarla. Algunas formas de diversificar las complejiones corporales en los medios podrían ser: asignar cuotas de representatividad poblacional en programas de televisión y anuncios comerciales, prohibir testimonios de mujeres de bajo peso en los medios, restringir el tiempo de publicidad por marca durante el día, etcétera.
- 5) Establecer una política farmacoeconómica de restitución de daños, ya sea a través de mecanismos fiscales o de procesos derivados de sanciones económicas cuando falte supervisión bioética en producción o publicidad de las marcas que se publicitan. Es impor-

tante que los presupuestos de salud pública estén ajustados también en función de los costos y beneficios derivados de los productos consumidos para adelgazar, para lo cual la ciencia biomédica tendría que hacer mayores investigaciones.

Las actividades que, por otro lado, el gobierno puede emprender a través de las entidades sanitarias son:

- 1) Redirigir esfuerzos y recursos hacia la atención primaria a la salud. Hay oportunidad de aumentar la promoción de la salud en la comunidad, corregir las nociones acerca de cómo se previene la obesidad y las enfermedades crónico-degenerativas, aumentar las habilidades para la nutrición, pero además incidir en políticas públicas que favorezcan el traslado y el ejercicio, la disponibilidad de alimentos nutritivos a bajo costo en zonas urbanas, la reducción del estrés y la disponibilidad de tiempos y horarios para hacer ejercicio. Una propuesta interesante para ello puede ser la generación de espacios de movilidad y ejercitamiento dentro de los ambientes laborales y los medios de transporte, así como la consolidación de la práctica del ejercicio en edades tempranas, a fin de aumentar la probabilidad de que esta práctica quede instalada de forma cotidiana en edades posteriores.
- 2) Fortalecer los recursos y la capacitación entre el personal de salud para la aplicación de la normatividad en regulación sanitaria, asegurándose de que entre las profesiones asociadas al adelgazamiento se sepa hacer vigilancia epidemiológica, pero además se tenga oportunidad y los materiales necesarios para llevarla a cabo.
- 3) Continuar con la investigación del tema, con un enfoque de responsabilidad compartida y no individuali-

zada. La alta frecuencia de consumo encontrada en el presente trabajo puede ser también indicador de dependencia para una gran cantidad de mujeres, por lo que podría agregarse a los estudios de lo que la comunidad científica concibe como drogas. Es importante estudiar padecimientos como el sobrepeso y la obesidad, pero también analizar con profundidad los trastornos de la conducta alimentaria y revisar en qué aspectos de la política pública se ha favorecido, desde las mismas instituciones de salud, que las pacientes asuman con angustia e inadecuación social su complejidad e imagen corporal.

- 4) Vincular sus aportes en ciencia y tecnología con políticas públicas que incidan en una transformación social. Es necesario que la salud deje de estar centrada en la atención a la enfermedad y las ciencias médicas participen en la generación de políticas sociales, ambientales, urbanas y de abasto alimentario. La desvinculación entre las instituciones de salud con el resto del aparato gubernamental traerá costos más altos todavía para la salud y el estado, de permanecer el aporte científico en materia de salud aislado de las decisiones trascendentes del país.

A la *ciencia biomédica*, por su parte, se recomienda:

- 1) Para futuras investigaciones, determinar la asociación entre consumo de los productos para adelgazar y los trastornos de conducta alimentaria, pues ayudaría a estimar riesgos o describir de mejor manera cadenas de causalidad al respecto, así como favorecer la implementación de políticas públicas eficaces y de largo alcance.
- 2) Analizar las representaciones negativas que para las mujeres tiene acudir a consulta en sus centros de sa-

lud, así como las críticas que hacen al ejercicio profesional de los médicos, los cuales son percibidos como personal que se aprovecha de sus condiciones de salud-enfermedad para hacer negocios y que probablemente por ello –al menos entre las mujeres que buscan adelgazar entrevistadas– comparten su posición en la escala social con otros actores como los comerciantes, estilistas y *coaches*. Es importante que quienes diseñan programas de formación profesional en el personal de salud médico consideren el refuerzo de la dimensión bioética, del compromiso social y comunitario, así como habilidades para la consejería y la comunicación de riesgos en el campo de la salud.

- 3) Trabajar en la gestión y exigencia pública de financiamientos para la investigación que no comprometa resultados ante la agencia financiera, especialmente si se trata de fármacos o productos para adelgazar. Una propuesta también 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 vinculadas al sector exclusivamente clínico, como es el caso de la investigación en alimentos y la generación de suplementos alimenticios.
- 4) Ampliar espacios de ciencia aplicada y de especialización profesional. Una forma de hacerlo podría ser la generación de carreras profesionales en farmacoepidemiología y farmacoeconomía, así como la apertura de promociones curriculares en epidemiología y ciencias de la salud para profesionistas no egresados de la ciencia biomédica en el país. Esto contribuiría a desarrollar una perspectiva multidisciplinaria de abordaje, especialmente si las condiciones estructurales en las regiones no permitieran el trabajo en

equipo en los hospitales, centros de investigación y centros de atención a la ciudadanía.

- 5) Incentivar el desarrollo de programas de intervención o de investigación aplicada, basados en un marco de disfrute y goce del derecho humano a la salud en vez de un enfoque de riesgos, que probablemente sólo esté aumentando la ansiedad de las mujeres al conocer lo negativo que habrá de sucederles si no hacen lo que *deben* hacer, pero al mismo tiempo sus condiciones –de empleo, multiplicidad de roles, falta de tiempo, etcétera– no se los permite. ¿Cómo hacer para que la población se alimente sin riesgos, de forma nutritiva y diversa, pero además esta experiencia resulte placentera y satisfactoria en lo subjetivo? Tendría que ser la pregunta a resolver para los profesionales de la nutrición y de forma muy parecida para los promotores del deporte en la localidad. Y si existen casos de intervención comunitaria exitosa al respecto, documentar la experiencia.

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 en 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 cien-

cia social puede evidenciar las condiciones inequitativas en las que actúa socialmente la mujer. Ello favorecerá también el surgimiento de conceptos y propuestas de trabajo que puedan ayudar a la transformación social a través de sus instituciones o de sus agentes.

- 3) Dando atención, como objeto de estudio, a los procesos de violencia simbólica y no sólo a la violencia explícita como urgencia social. Resulta relevante investigar aspectos como el bombardeo social e institucional de una representación salud = delgadez, que se traduce en prácticas que vulneran a la población –y no necesariamente minoritaria–, como las que se han documentado con la presente investigación.

Las disciplinas asociadas al *desarrollo personal*, como la psicoterapia y las relaciones humanas, por su parte, podrían promover estrategias para el desarrollo incondicional de la autoestima en las mujeres y contribuir a programas educativos comunitarios desde una perspectiva de género. Además, respecto a la asesoría y motivación que las mujeres consumidoras buscan en los llamados *coach*, los terapeutas podrían hacer esfuerzos por regular la profesionalización de quienes ofrecen consejería a las mujeres. 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 consejeros o asesores de imagen, a quienes resulta fácil recomendar a la población que adelgace como medida de recuperación de autoestima, sin la consideración del contexto, historia clínica, trastornos, condiciones familiares, redes de apoyo, personalidad y salud mental de los individuos.

Pero la salud pública debe verse más allá de un catálogo de bienes y servicios del que disponen sólo unos cuantos

profesionales protagónicos y tomarse como un problema prioritario en el que la *sociedad civil* también puede participar. Por ello, tanto organizaciones como individuos pueden:

- 1) Cuestionar y relativizar las nociones de belleza que imperan en la actualidad sobre la imagen corporal de la mujer. Se necesitan campañas de sensibilización al respecto, pero además participación activa para garantizar el derecho a la salud a las mujeres. Ejemplos de ellos pueden ser la denuncia de publicidad sexista o la denuncia de la circulación de productos para adelgazar ilícitos.
- 2) Asumir una postura crítica como consumidores y consumidoras.
- 3) Interactuar con mayor frecuencia y responsabilidad con el sistema de salud, aprovechar los espacios y programas ya existentes y exigir sus modificaciones cuando sea necesario, a fin de mejorar la calidad y calidez de la atención.
- 4) Promover el ejercicio y la alimentación nutritiva y variada en diversas instancias. Es importante que la ciudadanía participe en propuestas para la mejora de la salud en los ambientes de interacción donde se sabe que las personas –por grupo de edad o género– comparten espacios públicos por largo tiempo, como las escuelas, parques o gimnasios públicos, los ambientes laborales y los medios de transporte. Estos espacios pueden constituir oportunidades para emprender nuevas prácticas comunitarias. Como ejemplo, se puede impulsar la incorporación de rutinas de ejercicio en centros recreativos, realización de mejoras a las dietas en los comedores industriales, la vigilancia al cumplimiento de no dejar entrar alimentos no nutritivos a las escuelas, la restricción de entrada

a vendedores de productos “milagrosos” a centros de trabajo, etcétera.

- 5) Otras acciones que se pueden impulsar a través de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) son: la exigencia al gobierno de un abasto alimentario nutritivo, sustentable y de bajo costo para la mayoría de la población; la gestión de la seguridad de los caminos para transitar y la infraestructura pública adecuada para hacer ejercicio al aire libre ante las condiciones ambientales de cada localidad; la incentivación de la innovación en actividades de promoción a la salud, así como la reducción de los tiempos de traslado en el transporte público a fin de reducir el estrés laboral y el sedentarismo. La exigencia a las instituciones educativas para que se sensibilice y se forme en la salud y la alimentación, así como en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria, estereotipos de género y presión social. La exigencia a las empresas generadoras o dispensadoras de alimentos de la comercialización de productos que hagan un mayor aporte nutricional a menor costo, entre muchos otros derechos que, como ciudadanos, sería ingenuo pensar que se darán sin una adecuada capacidad de organización y gestión.

Finalmente, a *las mujeres*, como protagonistas de un consumo en su mayoría irreflexivo, se recomienda:

- 1) La búsqueda activa de información en materia de salud como estrategia de empoderamiento y capacidad de agencia; no sólo bajo el rol tradicional de cuidadora en el hogar, sino como persona (sujeto) con derecho a la salud.
- 2) Trabajar en visiones socializadas y compartidas acerca de lo que también puede ser femenino sin implicar

tanto desgaste físico y emocional. Rescatar el cuerpo como el recurso más valioso al que tienen derecho y del cual son propietarias.

- 3) 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 envase. Llevar, por ejemplo, un registro y monitoreo más frecuente acerca de lo que consumen y sus procesos corporales, con el fin de identificar riesgos por la exposición a productos.
- 4) Considerar que el Estado no puede garantizar la restricción de la totalidad de productos riesgosos y que todo cambio sustancial en sus procesos fisiológicos implica un riesgo que deben considerar.
- 5) Reflexionar en torno a la obligación y disciplina con la que viven en lo cotidiano.
- 6) Analizar sus nociones de tecnología y modernidad, que pongan en cuestionamiento lo que consumen, tanto por calidad y cantidad como por costos y beneficios.
- 7) Procurar estrategias internas en el hogar que favorezcan la equidad y la carga equilibrada del trabajo entre todos los miembros. Especialmente habría que dotar a todos los miembros de la familia de las habilidades necesarias para preparar alimentos nutritivos y variados. En las condiciones actuales, esto sólo se puede dar con su agencia.
- 8) Finalmente, promover una responsabilidad compartida sobre la salud de los miembros del hogar, incluyendo a los menores de edad. Como padres y madres, por ejemplo, pueden promocionar valores que trasciendan la imagen corporal, entrenar para que niño y niña sepan identificar y comprar productos nutritivos, exigir el mismo tiempo de ejercicio físico a hom-

bres y mujeres, dialogar para que todos los miembros de la familia puedan expresar sus inconformidades y presiones sociales percibidas en relación con sus cuerpos, entre otros aspectos cotidianos que podrían marcar la diferencia entre un futuro y otro para las mujeres y sus familias.

Bibliografía

- Abécassis, Eliette y Caroline Bongrand. 2008. *El corsé invisible: manifiesto para una nueva mujer*. España: Urano.
- Adams, K. F., A. Schatzkin y T. B. Harris. 2006. Overweight, Obesity and Mortality in a Large Prospective Cohort of Persons 50 to 71 Years Old. *The New England Journal of Medicine* 355 (8): 763-778.
- Aguirre, Patricia. 2007. *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Ålgars, Monica, Pekka Santtila, Markus Varjonen, Katarina Witting, Ada Johansson, Patrick Jern y N. Kenneth Sandnabba. 2009. The Adult Body: How Age, Gender, and Body Mass Index Are Related to Body Image. *Journal of Aging and Health* (21): 1112-1132.
- Alpert, Brenda y Mary Strouse. 2005. Gender Literacy: Enhancing Female Self-Concept and Contributing to the Prevention of Body Dissatisfaction and Eating Disorders. *Social Science Information* (44): 85-111.
- Álvarez, Lucía. 2002. *Participación ciudadana y política de salud en la Ciudad de México. La Red por la Salud de las Mujeres y el gobierno del Distrito Federal*. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Álvarez-Rayón, Georgina, Karina Franco-Paredes, Xóchitl López-Aguilar, Juan Mancilla-Díaz y Rosalía Vázquez-Arévalo. 2009. Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de salud pública de México* 11 (4): 568-578.

American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4a. ed. Estados Unidos: APA.

American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Bariatric Surgery Procedures. 2014. <http://asmbs.org/obesity-and-surgery-learning-center/bariatric-surgery-procedures/> (27 de abril de 2014).

Amorós, Celia. 1994. *Feminismo: igualdad y diferencia*. México: UNAM (Libros del PUEG).

Apovian, Caroline. 2000. Invited Review: The Medical Management of Obesity and the Role of Pharmacotherapy: An Update. *Nutrition in Clinical Practice* 15 (1): 5-12.

Aréchega, Ana Julia. 2010. El cuerpo y las desigualdades sociales: el espiral de la reproducción social. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* 2: 16-26.

Arizaba, Cecilia. 2007. La medicalización de la vida cotidiana. Los psicotrópicos como "pastillas para el estilo de vida". *El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos. Representaciones sociales y patrones de uso en adultos de sectores medios urbanos*. Argentina: Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR. http://www.uces.edu.ar/publicaciones/pdf/revista_cientifica/

- xico: ITESO, Universidad Iberoamericana-León y Universidad de Guadalajara.
- Bariatric Surgery. 2014. Risk and Complications of Bariatric Surgery. <http://www.wpahs.org/specialties/bariatric-surgery/risks-and-complications-bariatric-surgery> (27 abril de 2014).
- Bateson, Gregory. 1972. *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. Estados Unidos: University of Chicago Press.
- Bauman, Zygmund. 2007. *Vida de consumo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beauvoir, Simone de. 1949. *El segundo sexo*. España: Random House Mondadori.
- 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.
- Bernal, Héctor. 2011. Bypass gástrico. <http://www.adios-obesidad.com/Bypass-Gastrico.aspx> (noviembre de 2011).
- Boltanski, Luc. 1977. *Descubrimiento de la enfermedad. Relación médico-paciente*. Argentina: Ciencia Nueva.
- _____. 1975. *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Periferia.

- Bordo, Susan. 1997. The Body and the Reproduction of Femininity. En *Writing of the Body: Female Embodiment and Feminist Theory*, editado por Katie Conboy, Nadia Medina y Sarah Stanbury, 90-110. Columbia University Press.
- Bourdieu, Pierre. 2003. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- _____. 1999. *La distinción*. Madrid: Taurus.
- _____. 1997. *Sobre la televisión*. Barcelona: Anagrama.
- _____. 1991. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- _____. 1988. *Cosas dichas*. España: Gedisa.
- _____, Jean-Claude Chamboredon y Jean-Claude Passeron. 1975. *El oficio del sociólogo*. México: Siglo XXI.
- _____, Loïc Wacquant y Samar Farage. 1994. Rethinking the State. Genesis and Structure of the Bureaucratic Field. *Sociological Theory* 12 (1): 1-18.
- _____ y Loïc Wacquant. 2005. *Una invitación a la sociología reflexiva*. México: Siglo XXI.
- Braganza, Ninoska de 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.
- Butler, Judith. 1993. *Bodies that Matter: On the Discursive Limits of "Sex"*. Nueva York: Routledge.

Cámara Nacional de la Industria de Perfumería, Cosméticos y Artículos de Tocador e Higiene. 2010. *Reporte anual 2009*. http://www.canipeec.org.mx/woo/xtras/docweb/reporte_2009_na.pdf (febrero de 2010).

_____. 2004. *Estadísticas de la industria de cosméticos en México*. http://www.quiminet.com/ar3/ar_AAsadddsaRsDF-estadisticas-de-la-industria-de-cosmeticos-en-mexico-2004.htm (junio de 2010).

Capdevielle, Julieta. 2012. La sociología figuracional de Norbert Elias y el estructuralismo genético de Pierre Bourdieu: encuentros y desencuentros. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales* 51 (1): 1-23.

Castro, Ana Lucía de. 1998. Culto al cuerpo, modernidad y medios de comunicación. *Lecturas: Educación Física y Deportes* 3 (9): 147-170.

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*, ídem 87-99. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Castro Vásquez, María del Carmen. 2008. *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la atención, derechos y ciudadanía en salud*. México: El Colegio de Sonora.

Centro del Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 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 (noviembre de 2011).

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2004. *Guía de trastornos alimenticios*. México. Secretaría de Salud. <http://www.salud.gob.mx/ unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf> (febrero de 2011).

Chacón, Rolando. 2012a. Inicia el año con calor en Sonora. *Reforma*. 2 de enero.

_____. 2012b. Aumentan muertes por calor en Sonora. *Noticias Terra*. 22 de septiembre. <http://noticias.terra.com.mx/mexico/estados/aumentan-muertes-por-calor-en-sonora,e7c09615810f9310VgnVCM10000098cceb0aRCRD.html> (noviembre de 2011).

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: Universitat Rovira i Virgili.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. 2011. *Taller de farmacoepidemiología*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

_____. 2010. *¿Qué es COFEPRIS Atribuciones, funciones y características*. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. <http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Paginas/AtribucionesFuncionesYCaracteristicas.aspx> (7 de enero de 2014).

Comisión Nacional de Salarios Mínimos. 2014. *Tabla de salarios mínimos generales y profesionales por área geográfica*. Comisión Nacional de Salarios Mínimos. <http://>

www.conasami.gob.mx/index.html (6 de enero de 2014).

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, 133-144. México: Instituto de Estudios Superiores de Occidente.

Davis, Nichola J., Ada Emerenini y Judith Wylie-Rosett. 2006. Obesity Management: Physician Practice Patterns and Patient Preference. *The Diabetes Educator* 32: 557.

Denman, Catalina, María del Carmen Castro y Patricia Aranda. 2007. Salud en Sonora desde una perspectiva de género: retos y propuestas. *región y sociedad* (19): 147-170.

Denzin, Norman. 2001. The Reflexive Interview and a Performative Social Science. *Qualitative Research* 1 (1): 25-26.

_____ e Yvonna Lincoln. 2011. *El campo de la investigación cualitativa*. México: Gedisa Editorial (Colección Manual de Investigación Cualitativa).

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 de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* 2 (3): 39-50.
- Dunican, 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.
- Eguizábal, Raúl. 2007. De la publicidad como actividad de la producción simbólica. En *Nuevas tendencias en la publicidad del siglo XXI*, coordinado por María Martín y María Alvarado. Sevilla: Comunicación Social Ediciones y Publicaciones.
- Ehrenreich, Bárbara y Deirdre English. 1990. *Por su propio bien: 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus.
- Elias, Norbert (1987): *El proceso de la civilización: investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- El Imparcial*. 2007. Sonora: reportan nueve mil casos de neumonía y bronconeumonía. 11 de diciembre.
- _____. 2011. Recomienda SEC no exponer al frío a estudiantes. 3 de febrero.
- _____. 2011. Reportan caso de golpe de calor en Hermosillo. 4 de agosto.

_____. 2012. Alertan por caída de aguanieve en Sonora. 24 de enero.

_____. 2012. Amanece Hermosillo a 3°C. 28 de diciembre.

Enríquez, Rocío. 2010. Diversidad familiar, procuración del bienestar y universalismo básico en México. En *Perspectivas del universalismo en México*, coordinado por Enrique Valencia. México: ITESO, Universidad Iberoamericana-León y Universidad de Guadalajara.

Esteban, Mari Luz. 2004. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellatera.

Fajreldin, Valentina. 2006. Antropología médica para una epidemiología con enfoque sociocultural. *Elementos para la interdisciplina. Ciencia y Trabajo* 8 (20): 95-102.

Farameh, Patrice. 2011. *The Erotic Art of Lingerie. Second Skin*. 2011. Nueva York- Granche Flaminia, Italia: DAAB Media GMBH.

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): 600-614.

Federici, Silvia. 2010. *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación primitiva*. España: Fabricantes de Sueños.

- Félix, José. 2001. *La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández, Manuel. 2004. Interdisciplinariedad en ciencias sociales: perspectivas abiertas por la obra de Pierre Bourdieu. *Cuadernos de Trabajo Social* (17): 169-193.
- Festinger, Leon. 1957. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Foucault, Michel. 2005. *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. México: Siglo XXI.
- _____. 1983. *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI Editores.
- Fox, Nick. 1999. *Beyond Health: Postmodernism and Embodiment*. Free Association Books.
- _____ y Katie Ward. 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 Manuel H. Ruiz y José C. Valdés, 43-60. 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.

- Gamba, Susana. 2007. *Diccionario de estudios de género y feminismos*. Argentina: Biblos.
- 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.
- Gatens, Moira. 1997. Corporeal Representation in/and the Body Politic. En *Writing on the Body: Female Embodiment and Feminist Theory*, editado por Katie Conboy, Nadia Medina y Sarah Stanbury, 80-89. Nueva York: Columbia University Press.
- Gazzaniga, S. Michael. 1994. *El cerebro social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Germaná, César, 1999. Pierre Bourdieu: la sociología del poder y la violencia simbólica. *Revista de Sociología* 11 (12): 2-18.
- Gill, Jason y Dalia Malkova. Physical Activity, Fitness and Cardiovascular Disease Risk in Adults: Interactions with Insulin Resistance and Obesity. *Clinical Science* 110: 409-425.
- Giménez, Gilberto. 2002. Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu. *Colección Pedagógica Universitaria* (37-38): 1-11.
- _____. 1997. *La sociología de Pierre Bourdieu*. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.
- Goffman, Erving. 1986. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Goldenberg, Jamie, J. Arndt, J. Hard y Megan Brown. 2005. Dying to be Thin: The Effects of Mortality Salience and Body Mass Index on Restricted Eating among Woman. *Personality and Social Psychology Bulletin* 31: 1400-1412.
- Gómez, Gilda y María Acosta. 2002. Valoración de la delgadez. Un estudio transcultural (México, España). *Psicothema* 14 (002): 221-26.
- Gracia, Mabel. 2007. Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México* 49 (3): 236-42.
- _____ y Josep Maria Comelles (editores). 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.
- Guerrero, Alejandro. 2011. Estratos medios en México y América Latina. *El Universal*. <http://www.eluniversal.com.mx/finanzas/86623.html> (27 de mayo de 2011).
- Guevara, 2007. Pierre Bourdieu, una pequeña reseña en Power Point. En *Algo más que capital simbólico*. <http://www.geiuma-oax.net/Web/bourdieu.htm> (16 de mayo de 2011).
- Gutiérrez, Alicia. 2003. "Con Marx y contra Marx": el materialismo en Pierre Bourdieu. *Revista Complutense de Educación* 14 (2): 453-482.

- Haraway, Donna. 1997. The Persistence of Vision. En *Writing of the Body: Female Embodiment and Feminist Theory*, editado por Katie Conboy, Nadia Medina y Sarah Stanbury, 283-295. Columbia Universtiy Press.
- Haro, Jesús Armando. 2011. *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, método y alcances*, coordinado por Jesús Armando Haro. México: El Colegio de Sonora.
- Harper, Shinji. 2010. Ineficiente funcionamiento de la COFEPRIS: Toledo Infanzón. *Ciudadanía Express*. <http://ciudadania-express.com/2010/04/01/ineficiente-funcionamiento-de-la-cofepris-toledo-infanzon/> (no viembre de 2011).
- Herr, Barbara y Laury Oks. 2003. *Risk, Culture, and Health Inequality, Shifting Perceptions of Danger and Blame*. Estados Unidos: Praeger Publisher.
- Herrera, Claudia. 2009. Figuraciones del cuerpo femenino en el siglo XXI. La imagen femenina como cuerpo descarnalizado en las propuestas gráficas de una cultura light. Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Idelevich, Evgeny, Wilhelm Kirch y Christoph Schindler. 2008. Current Pharmacotherapeutic Concepts for the Treatment of Obesity in Adults. *Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease* (3): 75-90.
- Industria farmacéutica. 2010a. AstraZeneca incrementa su beneficio operativo un 6% en el segundo trimestre. <http://industria-farmaceutica.com/index.php?name=News&file=article&sid=1892> (noviembre de 2011).

_____. 2010b. Ventas mundiales de medicamentos para un trillón de dólares para el 2014. <http://industriafarmaceutica.com/index.php?name=News&file=article&sid=1822> (noviembre de 2011).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2012. Las mujeres en Sonora. México: INEGI. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeres-yhombres/mujeres_en/2010/son/Mujeres_Sonora.pdf (28 de abril de 2014).

_____. 2011a. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010*. México: INEGI. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/Enigh2010/tradicional/default.aspx> (noviembre de 2011).

_____. 2011b. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. México: INEGI. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/enoe/default.aspx> (noviembre de 2011).

_____. 2005. *IRIS-SCINCE 2005*. Software autodescargable. México: INEGI.

_____. 2004. Sistema Estatal y Municipal de Base de Datos. <http://sc.inegi.org.mx/niveles/> (septiembre de 2010).

Instituto Nacional de Salud Pública. 2012a. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. <http://ensanut.insp.mx/> (enero de 2014).

_____. 2012b. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ActividadFisica.pdf> (enero de 2014).

_____. 2006. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-salud-y-nutricion-2006.html> (septiembre de 2010).

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/> (diciembre de 2010).

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. 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.inc.org/pdf/Internet_Guidelines/Internet_guidelines_Spanish.pdf (septiembre de 2011).

Jusidman, Clara y Osiris Marín. 2010. Universalismo y estándares mínimos de garantía de los derechos económicos, sociales y culturales. En *Perspectivas del universalismo en México*, coordinado por Enrique Valencia. México: ITESO, Universidad Iberoamericana-León y Universidad de Guadalajara.

Justo, Carolina, Carolina Spataro y Mauro Vázquez. 2008. *¿Qué ves cuando me ves? Imágenes de mujeres y*

- modos de ver hegemónicos*. Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Klingerman, Katherine, 2004. Binding Femininity: An Examination of Effects of Tight Lacing on the Female Pelvis. Tesis de maestría, Universidad de Vermont.
- Korstanje, Maximiliano, 2011. Rebelión: una aproximación teórica (o el mal en la tradición judeocristiana). *Journal of Zize Studies* v (4): 1-38.
- Krais, Beate. 2006. Gender, Sociological Theory and Bourdieu's Sociology of Practice. *Theory, Culture and Society* 23 (1): 119-134.
- Lagarde, Marcela. 1995. Identidad de género y derechos humanos. La construcción de las humanas. http://200.4.48.30/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/3_d_h_mujeres/24.pdf (noviembre de 2012).
- 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 Geof Rayner. 2005. Obesity: A Growing Issue for European Policy? *Journal of European Social Policy* 15: 301-327.
- Lara, Gabriela y Georgina Colín. 2007. Reseña de "Sociedad de consumo y cultura consumista" de Zygmunt Bauman. *Argumentos* 20 (55): 211-216.

- Laurell, Asa Cristina. 2010a. Investigación científica con fines de lucro. *La Jornada*. 4 de junio. <http://www.jornada.unam.mx/2010/06/04/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>.
- _____. 2010b. La Cofepris y la industria farmacéutica. *La Jornada*. 10 de junio. <http://www.jornada.unam.mx/2010/06/10/index.php?section=opinion&article=022a1pol>.
- _____. 2010c. Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina Social* 5 (1): 79-88.
- _____. 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>.
- _____. 2008. Los subsidios al sector privado de salud. *La Jornada*. 7 de agosto. <http://www.jornada.unam.mx/2008/08/07/index.php?section=opinion&article=a03a1cie> (noviembre de 2011).
- _____. 2007. Health System Reform in Mexico. A Critical Review. *Int J Health Serv* 37 (3): 515-35.
- _____. 1982. La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos médicos sociales* (19):1-11.
- _____. La salud: del derecho social a la mercancía. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Fundación Friedrich Hebert. http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/laurell-saludymercancia.pdf (noviembre de 2011).

- Lazar, Michelle. 2009. Entitled to Consume: Postfeminist Femininity and a Culture of Post-Critique. *Discourse & Communication* (3): 371-400.
- Lenning, Alkeline van e Ine Vanwesenbeck. 2000. The Ever-Changing Female Body: Historical and Cultural Differences in Playmates' Body Sizes. *Feminism and Psychology* 10 (4): 538-543.
- Lizarazo, Diego. 2009. Signo y cultura. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Lombardo, Gustavo, 2011. El corset y la búsqueda de belleza. *Creación y Producción en Diseño y Comunicación* VII (36). Buenos Aires.
- 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 (3): 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.
- Martín-Crespo, Cristina y Ana Belém Salamanca. 2007. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación* (27): 1-4.
- Martínez, Hugo. 2010. *Historia de la obscenidad*. Buenos Aires: Olmo Ediciones.
- Mateu, Enric y Jordi Casal, 2003. Tamaño de la muestra. *Revista Epidemiológica de Medicina Preventiva* 1:8-14.

- Mazur, Allan. 1986. US Trends in Feminine Beauty and Overadaptation. *The Journal of Sex Research* 22 (3): 281-303.
- Mazzoni, Fernando. 2002. El habitus y el espacio de los estilos de vida. Culto al cuerpo. *Alipso*. Argentina.
- McLeod, Julie. 2005. Feminist Re-reading Bourdieu: Old Debates and New Questions about Gender Habitus and Gender Change. *Theory and Research in Education* 3 (1) 11-30.
- McPhail, Elsie. 2002. Cuerpo y cultura. *Razón y Palabra*. *Primera Revista Electrónica en América Latina Especializada en Comunicación*. Núm. 25. <http://www.razonypalabra.org.mx/antteriores/n25/emcphail.html> (octubre de 2011).
- Medel, Julia, Ximena Díaz y Amalia Mauro. 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.
- Menéndez, Eduardo. 2002. El malestar actual de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico. *Revista de Antropología Social* (11): 39-87.
- . 1985. Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología* 7 (28): 11-27.
- Molina, Raúl, Eloy González y Carolina Carbajal. 2008. Competencias y precios en el mercado farmacéutico mexicano. *Salud Pública de México* 50 (Suplemento 4): 496-503.

- Molina, Raúl, 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.
- Moore, Sarah. 2010. Is the Healthy Body Gendered? Toward a Feminist Critique of the Paradigm of Health. *Body and Society* 16: 95-118.
- 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.
- Morán, Luis R. 1997. El cuerpo como objeto de exploración sociológica. *La ventana* 6: 136-149.
- Moreno, Laura. 2007. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México* (49): 63-70.
- Morrow, Raymond. 1994. *Critical Theory and Methodology. Contemporary Social Theory*. Vol. 3, editado por Mark Gottdiener. Estados Unidos: Sage Publications Inc.
- Mouffé, Chantal. 1999. *Feminismo, ciudadanía y política democrática radical. El retorno de lo político*. España: Paidós.
- Murugan, A. T. y G. Sharma. 2008. Obesity and Respiratory Diseases. *Chronic Respiratory Disease* 5 (4): 233-242.

Norma Oficial Mexicana. NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010.

_____. NOM-043-SSA2-2005. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar información. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/2_norma_oficial_mexicana_nom_043_SSA2_2005.pdf.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación, Secretaría de Desarrollo Social e Instituto Nacional de Salud Pública. 2013. *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en México 2012*. Food and Agriculture Organization of the United Nations. <http://coin.fao.org/cms/world/mexico/Publicaciones.html> (enero de 2014).

Organización Panamericana de la Salud. 2002. *Perfil del sistema de servicios de salud de México*. México: Organización Panamericana de la Salud.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). 2010. *Perspectivas OCDE: México. Políticas claves para un desarrollo sostenible*. Organisation for Economic Co-operation and Development. <http://www.oecd.org/mexico/45391108.pdf> (diciembre de 2013).

Ortega, Judith. 2006. Géneros y generaciones: conducta reproductiva de los mayas de Yucatán, México. *Salud Colectiva* 2 (1): 75-89.

- Palop, Vicente, Ermengol 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. ed. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Pasalodos, Mercedes. 2000. *El traje como reflejo de lo femenino. Evolución y significado. Madrid 1898-1915*. Universidad Complutense de Madrid.
- Pérez, Asier. 2008. Merleau Ponty: percepción, corporalidad y mundo. *Eikasia. Revista de Filosofía* IV (20): 197-220.
- 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.
- _____. 2009. El cuerpo: entre el dilema de comer y no comer. En *Salud y sociedad: perspectivas antropológicas*, coordinado por Florencia Peña Saint-Martin, 207-23. México: PROMEP-SEP-ENAH-INAH.
- Piñón, Maybel y Cyntia Hernández. 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.

- Procuraduría Federal del Consumidor. 2012. Bienestar y consumo. El consumidor mexicano del siglo XXI. http://www.consumidor.gob.mx/wordpress/?page_id=13142 (enero de 2014).
- Puche, Rodolfo. 2005. El índice de masa corporal y los razonamientos de un astrónomo. *Medicina* 64 (4): 361-365.
- Revista del Consumidor*. 2009. Retiran malteadas Slim Fast por probable contaminación. <http://revistadelconsumidor.gob.mx/?p=6138> (noviembre de 2013).
- Ritzer, George. 1999. *Teoría sociológica contemporánea*. 3a. ed. España: McGraw-Hill.
- Rivarola, María y Fabricio Peña. 2006. Los factores socio-culturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 8 (2): 61-72.
- Rudd, Nancy y Sharron Lennon. 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.
- Ruiz, Olivia. 2001. Riesgo, migración y espacios fronterizos: una reflexión. *Estudios Demográficos y Urbanos* (47): 257-284.

- 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, Matías. 2009. Comentarios sobre la distinción de Pierre Bourdieu. *Prácticas de Oficio. Investigación y Reflexión en Ciencias Sociales*. Núm. 5. http://sumitalia.academia.edu/MatiasSaidel/Papers/439236/Comentarios_Sobre_La_Distincion_De_Pierre_Bourdieu (noviembre de 2011).
- Salazar, Gilda. 2001. *Un cuerpo propio*. Hermosillo: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo y Latin American Studies Association. <http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2001/SalazarAntunezGilda.pdf> (septiembre de 2011).
- 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, Juan Martín y María 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/SaludMental-Mexico.pdf> (junio de 2010).
- Sandoval, Sergio, Sandra Domínguez y Anayeli Cabrera 2009. De golosos y tragones están llenos los panteo-

nes. Cultura y riesgo alimentario en Sonora. *Estudios Sociales*. (17): 158-170.

Schildrick, Margrit y Janet Price. 1999. *Feminist Theory and the Body. A Reader*. Nueva 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 e 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. 2010. *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*.

<http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Acuerdo%20Original%20con%20creditos%2015%20feb%2010.pdf> (noviembre de 2011).

_____. 2005. Hacia una política farmacéutica integral para México. México. file:///C:/Users/Admin/Downloads/144.pdf (27 de abril de 2014).

Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora. 2006. *Proyecciones de la población sin seguridad social según municipio y edad quinquenal*. <http://www.saludsonora.gob.mx/descargas/estadisticas/PobSinSegSoc-Son2006.pdf> (junio de 2010).

_____. 2003. *Anuario estadístico de Sonora*. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. <http://www.saludsonora.gob.mx/estadisticas> (junio de 2010).

Sembler, 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.

Sen, Amartya. 2000. La agencia de las mujeres y el cambio social. En Amartya Sen, *Desarrollo y libertad*, 233-249. Barcelona: Planeta.

Seppilli, Tulio y Rosario Otegui. 2005. Antropología médica crítica. Presentación. *Revista de Antropología Social* (14): 7-13.

Shaw, Gayle. 2008. *Sexuality: Social and Cultural Constructs of Women Represented through Art*. Georgia Southern University. <http://digitalcommons.georgiasouthern>.

edu/cgi/view_content.cgi?article=1139 &context=etd
(diciembre de 2011).

Silva, Cristiano J. da, José E. Dos Santos y Catarina Satie. 2010. An Evaluation of the Genotoxic and Cytotoxic Effects of the Anti-Obesity Drugs Sibutramine and Fenproporex. *Human & Experimental Toxicology* (29):187-197.

Sistema de Información Legislativa. 2012. Con punto de acuerdo, por el que se exhorta a la COFEPRIS a retomar y redoblar el esfuerzo de combate contra los “productos milagro” basado en el monitoreo sobre medios de comunicación masiva, a cargo de la diputada Lizbeth Eugenia Rosas Montero, del grupo parlamentario del PRD. http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2012/10/asun_2909225_20121026_1350576737.pdf (diciembre de 2013).

Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). 2010. <http://www.sinais.salud.gob.mx/#> (junio de 2010).

Southard, Veronica, Arti Dave y Peter Douris. 2010. Exploring the Role of Body Mass Index on Balance Reactions and Gain in Overweight Sedentary Middle-Aged Adults: A Pilot Study. *Journal of Primary Care & Community Health* 1 (3): 178-183.

Strat-Cons. 2006. http://blogs.strat-cons.com/?page_id=95 (junio de 2010).

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 del

Medio Ambiente y Recursos Naturales y United States Environmental Protection Agency.

Tájer, 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 Marciano Sánchez Bayle, Concha Colomo Gómez y Clara Repeto Zilbermann, 3-21 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> (septiembre de 2011).

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): 2-18.

Troop, Jason y Keith Murphy. 2002. Bourdieu and Phenomenology. A Critical Assessment. *Antropological Theory* 2 (2): 185-207.

Tyler, Chermaine, Craig A. Johnston y John P. Foreyt. 2007. Themed Review: Lifestyle Management of Obesity. *American Journal of Lifestyle Medicine* (6): 423-429.

Universo PYME. 2012. ENOE. Cifras durante el cuarto trimestre del 2007. http://www.universopyme.com.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=1477 (noviembre de 2012).

- Urquía, Marcelo Luis. 2006. Riesgo. Modelos alternativos en epidemiología social. En Marcelo Luis Urquía, *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*, 107-205. Buenos Aires: UNLA.
- 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*. <http://paginaspersonales.deusto.es/matute/psicoteca/articulos/Vadillo04.htm> (junio de 2010).
- 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 1

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.

Para llenarse al final	
Folio:	

1. En los últimos 6 meses, ¿ha usado algún medicamento, cosmético o prenda de vestir o calzar para adelgazar?

Sí	→	Pase a la pregunta 3
No	→	Continúe

2. ¿Por qué?

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	Porque hay otras medidas eficaces para adelgazar/ estoy haciendo otras cosas ¹⁰
Especifique: _____	Especifique: _____

ÉSTE NO ES MI CUERPO

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 ⁵	
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 completo 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 Hermosillo)

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?

Sí	→	Continúe
No	→	Pase a la pregunta 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? (Anotar nombre otorgado por la consumidora. Si es más de un producto, asignar un número ordinal diferente a cada uno en función del orden de mención)

Pastillas, cápsulas o inyecciones ¹		Ungüentos, crema o gel ³		Faja, corsé, venda o ropa ⁵	
Licuarios, infusiones o suplementos alimenticios ²		Tenis o calzado ⁴		Otro: ⁶	

12. ¿Desde cuándo lo consume?

	Anotar el(los) número(s) del producto(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? (anotar con número correspondiente)

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 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		Seguro 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?

Sí	
No	

¿Por qué?	
-----------	--

19. ¿Fue un médico o personal de salud el que le recomendó el tratamiento? Si es así, favor de responder a qué especialidad pertenece:

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 de patente ⁷		Que me indicó el nombre genérico y me dijo 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?

Sí	→	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	

ÉSTE NO ES MI CUERPO

Que estuviera al pendiente de cambios en mi organismo ³		Que la prenda tenía un periodo 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)?

Sí	→	¿Cuántos kilos? _____	¿En cuánto tiempo? _____
No			

26. ¿Ha pensado en dejar de consumirlo(s)?

Sí	→	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?

	Sí		Sí
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?

Sí	→	Continúe
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 sé 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 2

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 de trabajo?
- ¿Asiste usted de manera periódica a algún club o centro deportivo?

NOCIONES Y CUIDADO DE LA 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 la 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)?

- ¿Cómo se determina si una persona está saludable o enferma?
- ¿Cómo considera su complejión?
- ¿Cómo sabe usted si su peso es normal o está 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, portales 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?
- 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? Si es así, ¿con cuánta frecuencia lo 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?

NOCIÓN 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?, ¿hay una forma adecuada de presentarse para la mujer que trabaja fuera del hogar?
- ¿Existirá alguna diferencia entre ese arreglo/comportamiento/presencia y el que deba darse para su esposo / pareja?, ¿cuáles?
- ¿En alguna ocasión se ha sentido *sexy* o atractiva?, ¿hay algo que la ayude a sentirse así?
- ¿Hay alguna diferencia entre el cuidado que la mujer le da al cuerpo cuando está soltera y el que le da 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 y el que le da cuando no 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 (SÓLO PARA QUIENES TIENEN HIJOS)

- ¿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?, ¿cuáles le agradan?
- ¿Cree usted que sus hábitos cambiaron con la maternidad?, ¿en qué forma?
- ¿Su cuerpo cambió con la maternidad?, ¿cómo?

ADELGAZAMIENTO

- ¿Ha tenido usted periodos en su vida cuando 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 “ha batallado” con el peso?
- ¿Cómo fueron sus primeros intentos de bajar de peso?
- ¿Recuerda usted a alguna persona cercana que haya padecido de sobrepeso u obesidad?, ¿cómo era vista esa perso-

na?, ¿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 a algún profesional de la salud especialmente para adelgazar?, ¿a quién?
- ¿Qué profesional 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-SÓLO PARA QUIENES HAN ACUDIDO A BIOMÉDICOS) ¿Cuánto tiempo duró su tratamiento?, ¿llevó el tratamiento "al pie de la letra"?
- Si sí lo llevó, ¿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 habría ayudado a terminarlo?
- (INFORMACIÓN) ¿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 es 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 PRESIÓN 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?
- (SÓLO PARA LAS MUJERES NO DELGADAS) ¿Cree usted que pueden existir personas "cruels" 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 sólo 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) ¿Habría algún riesgo 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?

(FIN DE LA GRABACIÓN)

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?

Con un tiraje de 500 ejemplares
este libro se terminó de imprimir
en el mes de septiembre de 2014
en los talleres de
Vía Color Imprentas, S. A. de C. V.
General Piña no. 8
Col. San Benito, C. P. 83190
Hermosillo, Sonora, México
Tel: 01(662) 210-70-60

Imagen de portada:
"Ninfa del mar II" ²⁶/₁₀₀ de Febe Alday
Diseño de portada:
Alejandra "Lex" Soto y Gabbie Castañeda
Compuedición:
Laura Roldán Amaro
Corrección:
Guillermo Balderrama Muñoz

La edición se formó en InDesign CS5
con tipografía Palatino de 9/14
y estuvo al cuidado del
Departamento de Difusión Cultural
de El Colegio de Sonora



ISBN: 978-607-7775-51-5

