



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**Entre el festín y el régimen: *Normalización* del
comportamiento alimentario**

TESIS
QUE PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR EN ANTROPOLOGÍA

PRESENTA:
María de Lourdes Flores López

Director de tesis: Dra. Rosa María Osorio Carranza

México, D.F.

Enero de 2013

A mi hija Maia, a mis sobrinos Meli y Leo, mi inspiración y motivación constante

A mis padres y hermanos

ÍNDICE

| | |
|----------------------|---|
| Agradecimientos..... | 1 |
| Introducción | 2 |

Capítulo I Planteamiento del problema y aproximación teórico metodológica

| | |
|---|-----------|
| Planteamiento del problema | 4 |
| La alimentación y sus efectos: connotaciones sobre la delgadez y la gordura | 6 |
| Medicalización alimentaria | 12 |
| Interrogantes y objetivos | 17 |
| Noción del trastorno de la conducta alimentaria: Desordenes en la manera de comer, conceptualización psico-médica | 19 |
| Anorexia y Bulimia nerviosa | 22 |
| ¿Trastorno por atracón? Discusión sobre su definición y los criterios de diagnóstico | 24 |
| Enfoque de la antropología de la alimentación | 28 |
| Aproximación teórica: nuestros conceptos | 31 |
| Lo normal/ patológico | 33 |
| Enfermedad y padecimiento | 41 |
| Representaciones y prácticas | 43 |
| Socialización alimentaria | 46 |
| Formas de atención: la autoatención y los grupos de autoayuda | 47 |
| Metodología de la investigación | 51 |
| Descripción del trabajo de campo | 57 |

Capítulo II Marco teórico: Perspectiva antropológica, sociocultural y nutricional

| | |
|---|----|
| Comportamiento alimentario: Factores biológicos y adquisición de los gustos y elecciones alimentarias | 63 |
| Factores psicológicos en las elecciones alimentarias | 67 |
| Factores socioculturales que influyen en el comportamiento alimentario | 69 |
| Panorama histórico sobre las maneras de comer, determinante para la conformación del comportamiento alimentario | 73 |
| Panorama nutricional: situación actual del comportamiento alimentario..... | 78 |

| | |
|---|------------|
| Repercusiones de la cultura de la delgadez: construcción del estereotipo de delgadez corporal | 83 |
| La delgadez corporal en nuestro país | 88 |
| Percepción de salud: normalización alimentaria | 89 |
| Conceptualización de la noción de medicalización/normalización alimentaria | 90 |
| Medicalización alimentaria expresada en la problemática de la obesidad | 94 |
| Medicalización alimentaria vinculada a los “trastornos alimentarios” | 98 |
| Las diferencias de género: relaciones entre alimentación e imagen corporal | 100 |
| Los trastornos alimentarios desde la perspectiva médica y el <i>enfoque feminista</i> | 103 |
| | |
| Capítulo III “Comemos por alegría, por tristeza, hasta por amor”: Integrantes del grupo de comedores compulsivos anónimos | |
| Gladis | 113 |
| Martha | 128 |
| Nadia | 142 |
| Romina | 154 |
| Pedro | 165 |
| Variaciones internas por caso | 176 |
| Conclusiones parciales por grupo | 180 |
| | |
| Capítulo IV “Lo importante es el plan de alimentos”: Integrantes del grupo de Tragones Anónimos | |
| Gardenia | 187 |
| María | 199 |
| Yaris | 208 |
| Variaciones internas por caso | 219 |
| Conclusiones parciales por grupo | 220 |
| | |
| Capítulo V “Es por salud no por vanidad”: Integrantes de un grupo de mujeres que participaron en un tratamiento dietético integral | |
| Personal de la Clínica | 226 |
| Juliana | 231 |
| Andrea..... | 238 |

| | |
|--|-----|
| Rosa | 245 |
| Valeria | 245 |
| Yara | 251 |
| Variaciones internas por caso | 265 |
| Conclusiones parciales por grupo | 268 |

Capítulo VI Expresiones del discurso médico en las maneras de comer de los integrantes de CCA, el grupo de TA y las mujeres de la Clínica

| | |
|--|-----|
| Integrantes del grupo de CCA | 273 |
| El grupo de TA | 275 |
| Las mujeres de la Clínica | 276 |
| Análisis comparativo: Similitudes y diferencias entre CCA, TA y las mujeres de la Clínica | 278 |
| Asimilación de los estereotipos corporales formas de entender y ver el cuerpo: anhelo por la delgadez | 284 |
| La interiorización de la <i>normalización alimentaria</i> en las representaciones y prácticas alimentarias | 293 |
| Internalización de la noción de “trastorno alimentario” recuperada por del discurso grupal | 296 |
| La ideación de obesidad como enfermedad caracterizada por el descontrol metabólico | 300 |
| Conclusiones finales | 303 |
| Bibliografía | 308 |

| | |
|---------------------|-----|
| Anexos | 322 |
|---------------------|-----|

Agradecimientos

La culminación de este trabajo representó la colaboración de muchas personas que de manera directa o indirecta facilitaron su desarrollo y finalmente su conclusión.

Quiero agradecer en primer lugar a mis padres, Trinidad y Concepción, por su invaluable confianza, comprensión y apoyo incondicional en todos sentidos, sin ellos este trabajo no se hubiese realizado. También quiero agradecer a mis hermanos, todos ellos han contribuido de diversas formas, alentándome en todo momento y cada etapa de mi vida.

Quiero agradecer a mis amigas: Erika, Yinhue y Florence, por el acompañamiento, el aliento, apoyo y amistad sincera.

No puedo dejar de agradecer a la Dra. Rosa María Osorio, mi directora de tesis, por su valiosa dirección, por sus recomendaciones atinadas, gracias por su confianza y guía en todo el proceso de la investigación.

Agradezco también a los lectores de la tesis, la Dra. Diana Reartes, a la Dra. Florence Theodoré y al Dr. Sergio Lerin, con sus observaciones y comentarios me ayudaron a mejorarla.

Quiero agradecer al CONACYT por haberme proporcionado apoyo como becaria, permitió realizar mis estudios de doctorado y dedicarme a la elaboración de esta tesis.

Gracias a mis compañeros de la línea de Antropología Médica por las experiencias y los espacios de aprendizaje compartidos.

Finalmente agradecer a las personas que aceptaron participar como informantes, gracias por su tiempo, su confianza, por compartirme sus experiencias de vida, sus sufrimientos, alegrías y por brindarme su amistad desinteresada.

Agradecimientos

La culminación de este trabajo representó la colaboración de muchas personas que de manera directa o indirecta facilitaron su desarrollo y finalmente su conclusión.

Quiero agradecer en primer lugar a mis padres, Trinidad y Concepción, por su invaluable confianza, comprensión y apoyo incondicional en todos sentidos, sin ellos este trabajo hubiese sido imposible. También quiero agradecer a mis hermanos, todos ellos han contribuido de diversas formas, alentándome y apoyándome en todo momento.

Quiero agradecer a mis amigas: Erika, Yinhue y Florence, por el acompañamiento, aliento, apoyo y amistad sincera.

No puedo dejar de agradecer a la Dra. Rosa María Osorio, mi directora de tesis, por su valiosa dirección, por sus recomendaciones atinadas, gracias por su confianza y guía en todo el proceso de la investigación.

Agradezco también a los lectores de la tesis, la Dra. Diana Reartes, a la Dra. Florence Theodoré y al Dr. Sergio Lerin, que con sus observaciones y comentarios me ayudaron a mejorarla.

Quiero agradecer al CONACYT por haberme proporcionado el apoyo como becaria, permitiéndome realizar mis estudios de doctorado y dedicarme a la elaboración de esta tesis.

Gracias a mis compañeros de la línea de Antropología Médica por las experiencias y los espacios de aprendizaje compartidos.

Finalmente agradecer a las personas que aceptaron participar como informantes, gracias por su tiempo, su confianza, por compartirme sus experiencias de vida, sus sufrimientos, alegrías y por brindarme su amistad desinteresada.

Introducción

Este documento pretende dilucidar algunos planteamientos motivados por cuestiones tanto personales como profesionales. Mi intención es problematizar sobre la alimentación, como proceso de naturaleza compleja, particularmente los comportamientos asociados al consumo abundante de alimentos, es decir a la sobrealimentación.

El interés principal remite el abordaje de las relaciones establecidas entre diversas formas de alimentación y su correspondencia con la problemática de la obesidad. La vía de aproximación a nuestro objeto de estudio pretende reflexionar sobre lo que se ha denominado “*trastorno por atracón*” que junto con la anorexia y la bulimia es considerado como uno de los “trastornos de la conducta alimentaria”, pero que a diferencia de éstas últimas, aún existen divergencias en los criterios que permiten diagnosticarlo de manera precisa a nivel clínico, sin embargo es manifestado como un problema por cierto grupo de personas, concretamente aquéllas que tienen un problema de sobrepeso u obesidad y los relacionan con su manera de comer, en gran parte, debido a que una característica fundamental de dicho *trastorno*, sería comer de una forma abundante, es decir, a través de un “atracón”

Los comportamientos alimentarios se evidencian relevantes dado que se circunscriben a una problemática actual relacionada con la epidemia de obesidad y las acciones que han llevado las instancias de salud para aminorarla; legitimando acciones de control, restricción así como de la prescripción de reglas y normas alimentarias de tipo terapéutico de manera no sólo individual sino colectiva a partir de un limitando marco interpretativo de la problemática de la obesidad con un enfoque hacia la enfermedad y salud dejando de fuera la complejidad de la naturaleza de la alimentación y la cultura.

Esta problematización de la obesidad trastoca, evidentemente, las nociones respecto a la conducta alimentaria, ya que las acciones van enfocadas a modificar aquellos comportamientos que se consideran inadecuados, poco sanos o enfermantes, propiciando una obsesión por la manera de comer, a través de recomendar el control, no sólo alimentario sino corporal, donde determinadas conductas alimentarias pueden ser juzgadas como

irracionales o dañinas, lo que da pie a construir representaciones sociales sobre la conducta alimentaria como insana, inadecuada y en algunos casos patológica. Mostraremos en qué medida se recuperan diversas nociones desde la visión de tres grupos de personas que consideran tener un malestar o conflicto con su manera de comer y su peso corporal y que a fin de resolver dicho malestar, participan en dos grupos de ayuda mutua y en una clínica nutricional, respectivamente, en la ciudad de Cuernavaca, Morelos.

El trabajo se expone en dos grandes apartados. En la primera parte, se presenta el planteamiento del problema incorporando los ejes temáticos de la investigación, la medicalización del comportamiento alimentario, así como los efectos de ésta. Los interrogantes y objetivos que esbozamos para entender y comprender el fenómeno alimentario que es percibido como *patológico*. Desarrollamos un apartado sobre el enfoque de antropología de la alimentación, desde el cual nos posicionamos, así como también los conceptos teóricos y la aproximación metodológica que utilizamos para acercarnos a nuestro objeto de estudio (Capítulo I) Posteriormente, se presenta una revisión del estado de la cuestión, con algunos estudios que se han realizado para entender el proceso alimentario desde diferentes discursos que tienden a visualizarlo como patológico (Capítulo II).

En la segunda parte de la tesis se describen y analizan ciertos procesos sociales que permiten la conformación de los comportamientos alimentarios, además de la forma en que se va configurando el malestar alimentario y el peso del discurso médico-nutricional y del discurso estético. Los resultados de nuestra investigación se exponen en tres capítulos, el primero corresponde a las entrevistas y observaciones del trabajo etnográfico que se desarrolló con los integrantes del grupo de autoayuda denominado “Comedores Compulsivos Anónimos” (capítulo III), el segundo corresponde al trabajo realizado con miembros del grupo “Tragones Anónimos” (Capítulo IV) y finalmente, se presenta la información concerniente a las mujeres participantes de un tratamiento para reducir de peso en una clínica médica-nutricional (Capítulo V). Por último, se presenta nuestra propuesta interpretativa sobre la manera en que el comportamiento alimentario se vive, con disfrute y con sufrimiento, en esta ambivalencia de la alimentación expresada entre el placer del festín y el régimen dietético (Capítulo VI).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y APROXIMACIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA

La alimentación forma parte de un evento cotidiano y complejo a la vez. Es indiscutible que alrededor de esta práctica se involucran una serie de procesos sociales y culturales. La alimentación es una expresión de la cultura, se establecen prácticas, costumbres y hábitos en torno a la manera de comer, desde qué se come, por qué, dónde, con quién, a qué hora, en qué situaciones se realiza, así como las relaciones que se involucran en determinados actos sociales.

Los comportamientos alimentarios así como los alimentos requieren del reconocimiento de un grupo social para ser consumidos, la alimentación en definitiva es un proceso complejo donde interactúan cuestiones biológicas, ecológicas, tecnológicas, económicas, sociales e ideológicas. Por tanto, el acto de alimentarse, bien sea comida o bebida, trasciende la pura necesidad de nutrirse, pues está cargado de significados y de emociones ligadas a circunstancias y acontecimientos. Este imaginario que remite el acto de alimentarse se inserta a un sistema cultural de lo culinario, es decir, a las reglas, normas, creencias y prácticas alimentarias que caracterizan a los grupos sociales, siendo parte fundamental de la distinción y alteridad entre los pueblos.

Si bien ante el acto alimentario se desenvuelven un sinnúmero de circunstancias, el solo hecho es, primeramente, una necesidad imperante para el ser humano, parte fundamental para la vida misma. No en vano la lucha por los recursos ha sido característica ancestral de los pueblos por la sobrevivencia. Actualmente comemos no sólo por necesidad sino también para satisfacer gustos, placeres, antojos, por deleite, nostalgia, alegría, tristeza, convivencia y por muchos otros motivos que, en ocasiones, nada tienen que ver con cubrir necesidades dietéticas.

Paradójicamente nos situamos en una ambivalencia de carencias y excesos alimentarios. Hoy en día no tenemos que *luchar* por alimentos para sobrevivir, aunque es necesario reconocer que en nuestro país aproximadamente el 16% de la población se encuentra en condición de

pobreza alimentaria¹ (Boltvinik y Damián, 2003:116). Sin embargo y de manera paralela, nos encontramos con la disyuntiva de discernir qué comer y qué no, ante una gran gama de posibilidades y opciones alimentarias gracias a la expansión de la industria alimentaria. La cual oferta un sin número de productos que permiten abastecernos en cualquier tipo de circunstancias, sea para quitar el hambre, para comer algo rápido, para socializar o simplemente para saciar un antojo, entre otras.

Esta ambivalencia de carencias y excesos confluyen recíprocamente. Observamos una resonancia de mensajes relacionados con el control alimentario, debidos en parte a las manifestaciones realizadas por organismos internacionales de salud (Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) y nacionales (Secretaría de Salud) sobre una epidemia de sobrepeso y obesidad que afecta a la población nivel mundial. En nuestro país se hace evidente un incremento sustantivo de la epidemia, sobre todo en mujeres en edad reproductiva en la última década, según datos de la Encuesta de Nutrición y Salud. Esta problemática se magnifica por los efectos y consecuencias de ésta en la salud y la economía. Por tanto, la alimentación ha trascendido la esfera de lo cotidiano y ha pasado a formar parte de las agendas mundiales en salud, se ha empezado a evaluar, cuestionar, recomendar y restringir las diversas maneras, formas y conductas que se dan alrededor de este hecho.

La alimentación y sus efectos: connotaciones sobre la delgadez y la gordura

Una de las funciones principales de la alimentación es la de proporcionar nutrientes al organismo que permitan cubrir las necesidades básicas para el funcionamiento del ser humano. Requerimos incorporar variedad en los alimentos para asegurar un aporte energético y nutricional adecuado. Sin embargo, también se puede subsistir sin cumplir con dicha variedad, pero esto provocará el desarrollo de ciertos desequilibrios nutricionales como deficiencias o excesos de algunos nutrientes. La variedad alimentaria depende de diversos factores, uno de ellos es el componente cultural y simbólico que se asigna a los alimentos,

¹ Según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en el 2008 eran 18.2 millones de personas en condición de pobreza alimentaria.

podemos observar que hay alimentos que se consumen más que otros porque contienen un valor simbólico y son culturalmente más aceptados. Un ejemplo de lo anterior sería la preferencia por el consumo de carne que aporta proteína animal en contraposición de alimentos que contienen proteína vegetal. Sin embargo, la limitante del consumo, dado por la preferencia o por otros factores como el económico, tendrá consecuencias en el cuerpo, es decir los efectos que provoca el consumo de ciertos alimentos dependerán del tipo de nutrientes que se elijan. En este sentido, observamos que la alimentación juega un papel importante en la nutrición del individuo que se manifiesta en el aspecto físico, en el cuerpo.

Hace cuatro décadas una característica particular en nuestro país eran las deficiencias nutricionales en la población, sobre todo en niños, mujeres y adultos mayores debidas a un consumo inadecuado de alimentos. Se hablaba de altas tasas de desnutrición mostradas por un retardo en el crecimiento lineal en los niños y bajo peso corporal en adultos, además de problemas y enfermedades relacionados con carencias nutricionales. En el 2000 empezaron a vislumbrarse problemas relacionados con excesos alimentarios en la población, se confirmó con la denominada transición epidemiológica, característica de los países de ingresos medios que logran incrementar el consumo de alimentos densamente energéticos y muestran un aumento en las enfermedades relacionadas con excesos alimentarios como son las enfermedades crónico degenerativas.

Si bien siempre ha existido una correspondencia entre alimentación y los efectos de ésta en el cuerpo asociados comúnmente a la salud, abundancia, fortaleza o enfermedad, entre otros atributos, actualmente toma mayor relevancia las connotaciones de gordura y la delgadez corporal. No queremos decir que estas formas de representación del cuerpo y la alimentación son nuevas, ambas contienen un significado cultural que más bien se ha ido modificado en el tiempo. Anteriormente las características físicas de delgadez contenían un sentido cultural asociado a la enfermedad, en cambio la gordura era sinónimo de salud. Garine, 2000, Contreras, 2002 y Fischle, 1995, han mostrado cómo históricamente las connotaciones que tienen estos atributos en diversas sociedades se han modificado, así como la influencia de las intervenciones desde la esfera médica y la injerencia de otras instancias ante la situación de

sobrepeso y obesidad² que parece ser una característica actual que prevalece a nivel mundial.

Si se analizan las connotaciones culturales relacionadas con la imagen corporal y la alimentación observamos que éstas han cambiado históricamente. En el siglo XVI una gordura razonable se asociaba a la salud, a la prosperidad y a la respetabilidad, la delgadez, en cambio, sugería enfermedad, consunción, como se mencionó. Hasta el siglo XX aún era asimilada a “una adecuación simbólica entre la grasa corporal y riqueza, algo así como un capital-salud en términos de buena administración económica que reflejaba prosperidad y abundancia” (Fishler, 1995:300). Sin embargo, estas nociones empezaron a cambiar progresivamente, “la obesidad se muestra cada vez más como manifestación de acaparamiento egoísta, en un contexto con frecuencia claramente político donde imperaban diferencias en situaciones entre carestía, hambruna y excesos” (ídem: 305). Así el sobrepeso u obesidad deja de representar “una reserva de seguridad, signo de una gestión ahorrativa y razonada, se muestra, ahora, como un abuso, una acumulación irrazonable, una retención perjudicial” (Corcuera 1981:122). En Occidente, la procedencia cultural de estos atributos era patente más como una cuestión de clase (Bourdieu 1979).

En nuestro país después de la independencia, empieza a cuestionarse estos atributos aunque no impactan de manera fundamental en la representaciones de la población. Corcuera muestra la situación de excesos alimentarios en la caricaturización que se hace de los poderosos ante la crisis alimentaria producto de la guerra: “la gula como mal social en medio de carencias” (Corcuera 1981:132). Esta visión procedía de un discurso moral y religioso donde se consideraba la gordura como una falta de caridad: comer más de lo necesario en un mundo de escasez y se llamaba a la templanza (ídem: 125), no obstante seguía prevaleciendo y prosperando la noción de respetabilidad y riqueza asociada a la gordura sobre todo en los estratos más desfavorecidos. A pesar de que los cambios empiezan a operar a principios del siglo XX, en nuestro país, todavía en los años 70 aún prevalecían las

² En nuestro país se estima una prevalencia nacional de obesidad en adultos de alrededor del 32. En niños de entre 5 a 11 años se estima una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 26%. (Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2010)

connotaciones de bienestar, prosperidad y abundancia asociadas a la gordura, sobre todo en zonas rurales del país y en los estratos bajos.

Sin embargo, el discurso actual sobre la epidemia de sobrepeso y obesidad ha trastocado y precipitado modificaciones en la percepción corporal, en la interiorización de estereotipos corporales, así como en los comportamientos alimentarios, estos últimos si no son evidentes en la práctica, si en las representaciones. Pérez Gil 2010, 2008; Madrigal 1999, Benítez, 2000, Casillas-Estrella 2006, Rayón et al. 2007, Lora-Cortez 2006 muestran modificaciones en las representaciones sobre la imagen corporal, así como también en las nociones sobre comportamientos alimentarios “adecuados” en adolescentes y mujeres de diferentes edades y estratos sociales, tanto de zonas urbanas como rurales del país. Estas nociones imperan a nivel de representación exteriorizadas en un discurso encaminado a la búsqueda de un anhelo constante por la delgadez, además de la preferencia del consumo de alimentos ligeros, aunque en la práctica no se logre modificar el consumo de alimentos ni se llegue a concretar la anhelada delgadez.

Según algunos autores como Fischler y Del Toro, las aseguradoras americanas tuvieron un papel decisivo en la génesis del fenómeno que ellos denominan como lipofobia³. Estas empresas empezaron a señalar la obesidad como factor de riesgo para la salud, sobre todo al documentar mortalidad precoz en individuos más “gordos” que la media. En 1942, según Fischler, la Metropolitan Life con Dublin y colaboradores, al analizar sus datos concluyen que la obesidad está relacionada con un incremento en las tasas de mortalidad. Muestran que los hombres con obesidad “pronunciada” presentaban una prevalencia de mortalidad mayor al 70% en comparación con los hombres de que presentaban un peso corporal promedio. De esta forma surge la noción de peso ideal correlacionado estadísticamente con la esperanza de vida óptima. En 1951 se publican las primeras tablas de pesos ideales para hombres y mujeres en función de la estatura, para Dublin, responsable de la publicación, el sobrepeso comenzaba a partir de un 10% por arriba del peso ideal y la obesidad en un 20 y 30 %. Así, los estudios de las compañías aseguradoras sirvieron como base en campañas publicitarias médicas que incitaban a la población a perder peso. (Fischler 1995d:307-310)

³ Odio exacerbado a la “grasa”: todo aquello que la contenga, alimentos y la acumulación que puede darse en el cuerpo humano.

Es también a partir de los años 50 que la ingesta de grasa, específicamente de colesterol, comienza a ocupar un lugar importante en el discurso médico, sobre todo en los países occidentales. Un estudio comparativo sobre siete países realizado por Ancel Keys, después de la segunda guerra mundial, atrajo la atención respecto de la correlación entre las tasas de colesterol sanguíneo y la frecuencia de los infartos al miocardio (Fischler 1997c:311). Se demostró la relación entre alimentación y las primeras causas de muerte (enfermedades cardiovasculares, tumores y enfermedades digestivas), lo cual dio cabida a una cruzada higiénico-sanitaria contra la “mala alimentación, la gordura y el peso corporal (Gracia y Comelles, 2007: 24).

El deseo de la delgadez, la lipofobia y discurso médico-nutricional sobre prevención y salud se gestan en los países desarrollados, y sin lugar a dudas, éstas nociones y perspectivas sobre algunos comportamientos alimentarios permean en nuestra sociedad. Ya Del Toro muestra que en el mundo no occidental y en algunos países en vías de desarrollo, a partir de los años ochenta, se registran casos de anorexia y bulimia en Asia, en las escuelas inglesas y dentro de la población blanca de las capitales africanas, en algunos grupos étnicos y rurales de Estados Unidos y en centros urbano y estratos altos de las capitales de América Latina y Europa del Este (Toro, 1996: 98-133).

En México, en los años 80, los casos de anorexia eran prácticamente inexistentes, sin embargo, en la última década aumentó el número de pacientes y con ello el número de centros de atención públicos y privados (Unikel, 2010). En 1992 existía una sola clínica a nivel público, la clínica de Anorexia Nervosa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Dr. Salvador Zubirán fundada en 1985 y coordinada por el departamento de Medicina Psicológica, que atendía básicamente casos graves de anorexia, en el mismo instituto la Clínica de la Familia complementaba el trabajo de la de Anorexia, ésta se transformó en 1995 en la Clínica de Trastornos de la Conducta alimentaria y en 2003 en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. En 1996 se creó la Clínica de dichos trastornos perteneciente al Instituto Nacional de la Psiquiatría “Ramón de la Fuente

Muñiz”. La demanda por el incremento de casos dio cabida al surgimiento de clínicas privadas dedicadas a la orientación y manejo terapéutico de Trastornos Alimentarios⁴

Los especialistas en trastornos alimentarios consideran que éstos no se estudiaban porque el interés estaba colocado en otro tipo de problemática asociada más a las carencias nutricionales y sus consecuencias, sin embargo, a partir de los años 90 las modificaciones del panorama nutricional empiezan a evidenciarse en el incremento de casos sobre todo asociado a la anorexia y bulimia.

Es en esta época que surge el interés de caracterizar la problemática relacionada a los Trastornos alimentarios en nuestro país, específicamente la anorexia y la bulimia, así como las conductas asociadas a éstas. Los estudios en México empezaron a describirlas y analizarlas mostrando claramente la interiorización de ideales en los estereotipos corporales, de la lipofobia y del régimen dietético, sobre todo en mujeres adultas y adolescentes en diferentes contextos (Lora-Cortéz 2006, Álvarez 2007, Casillas-Estrella 2007), no sólo en centros urbanos y estratos altos de las principales ciudades, como era caracterizado en los países desarrollados. Tinat describe las concepciones culturales sobre la alimentación en zonas rurales, cómo permean el temor por la obesidad, la identificación de alimentos que engordan, el malestar frente a la comida y el cuerpo, la preocupación por la apariencia e imagen corporal y el sueño por la delgadez corporal como sinónimo de belleza y éxito (Tinat, 2008, 2008a). Pérez Gil mostró las modificaciones en la percepción corporal y cambios en las prácticas alimentarias también en zonas rurales del sur del país, la preocupación por el cuerpo, el deseo por la delgadez como sinónimo de belleza y el rechazo a la obesidad (Pérez-Gil, 2007). Unikel muestra una tendencia de incremento en la preocupación por engordar, la utilización de métodos purgativos y restrictivos para perder peso, así como una sobreestimación del peso corporal en adolescentes (Unikel, 2006)

⁴ Entre estas instituciones médicas especializadas en la orientación o tratamiento de los desórdenes alimentarios consideradas privadas se ubican: 1) el Centro de Tratamiento para la Mujer, Avalón; 4) el Centro Eating Disorders México; y 5) la Fundación Ellen West. Además de agrupaciones civiles como los grupos anónimos de autoayuda denominados comedores o tragones anónimos

Medicalización alimentaria

¿Cómo y qué vías han permitido la interiorización de estas nociones? Si bien es cierto, se ha gestado un cambio en las representaciones sociales del cuerpo a partir de la influencia de la industria de la moda, la cosmética y la alimentación, es el cambio en las normas de peso corporal, potenciado por la medicina que se ha conjugado para decantar y potencializar el problema (Fischler 1997c: 305; Gracia 2005c). Sin lugar a dudas la visión médica operante a través de su hegemonía⁵ y su reconocimiento social (Menéndez, 1990c) contribuyen de manera sustancial a la interiorización y modificación del comportamiento alimentario. Así vemos cómo la relación entre alimentos y enfermedad continúan siendo uno de los argumentos por los cuales se justifica la movilización de acciones para combatir la obesidad y sobrepeso. Observamos que los esfuerzos en abatirla se han focalizado, a través de la medicina y en especial de la nutrición, en dictar y recomendar modificaciones en los comportamientos alimentarios, utilizando el régimen alimentario de una manera generalizada.⁶

Esta visión no es nueva, desde Hipócrates, que impactó en el desarrollo la medicina Griega de la antigua Grecia, a los alimentos se les han atribuido virtudes medicinales, a través de un control dietético, se ha constituido como terapéutica fundamental y se han mantenido relaciones entre estética culinaria y dietética, entre alimento y medicamento (Contreras 1993:6-43). Se evidencia una relación entre alimentos, salud y enfermedad. Lo muestra la teoría médica de los humores y temperamentos de Hipócrates y Galeno⁷, la enfermedad bajo

⁵ Esta aseveración se basa en planteamientos teóricos y conceptuales desarrollados por Menéndez sobre los modelos médicos. Define al modelo médicos hegemónicos como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica que desde finales del siglo XVIII logro dejar como subalternas otras prácticas e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, logrando identificarse como la única forma de atender la enfermedad, siendo legitimada por criterios científicos y el estado.

⁶ Un claro ejemplo es la aprobación por el Pleno de la Cámara de Diputados en las reformas a la Ley General de Salud para eliminar la comida chatarra de las escuelas e introducir de manera obligatoria 30 minutos diarios de ejercicio físico dentro de los planteles. Se pretende aplicarse a nivel escolar en todo el país, sin considerar las diferencias sustanciales que pueden existir en contextos locales, como acceso a la escuela y primer alimento consumido como parte del desayuno. (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Secretaría de salud. 2010)

⁷ Teoría médica de los humores y temperamentos, según la escuela hipocrática, sostenía que la enfermedad era el resultado de un desequilibrio en el cuerpo de los cuatro humores, unos fluidos que en las personas sanas se encontraban naturalmente en una proporción semejante. Cuando los cuatro humores (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema) se desequilibraban, el individuo enfermaba y permanecía enfermo hasta que se recuperaba el equilibrio. La terapia hipocrática se concentraba al restaurar este equilibrio. Por ejemplo, se creía que tomar cítricos era beneficioso cuando había un exceso de flema. La dieta se consideraba desde esta perspectiva una de las herramientas básicas para la recuperación del equilibrio. Los alimentos se clasificaban en función de su correspondencia con uno u otro de los cuatro elementos definidos por la teoría de los cuatro humores. Cada alimento era clasificado según sus cualidades, que se escalonan en cuatro

esta concepción es considerada como el resultado de un desequilibrio humoral y la alimentación como el medio para restablecer el equilibrio (Fischler, 1995b: 226). Sin embargo, la teoría humoral se modifica (Flandrin, 1978 citado Fischler) ya a partir del siglo XVIII se observaba que los médicos prescribían en contra de los temperamentos y humores, incluso en el régimen de los sanos. La teoría de los humores y temperamentos vinculados a los procesos de enfermedad fue aceptada hasta el siglo XIX sustituida por el desarrollo y la visión de la medicina moderna, sin embargo, aún prevalece la influencia de la dietética vinculada con no solo con la enfermedad sino también con la salud, ésta última desde la perspectiva de prevención y promoción de salud.

Así la medicina se va dedicando constantemente a establecer su influencia sobre la alimentación, entre otros comportamientos⁸. Se busca controlar no sólo la dieta, la alimentación restrictiva de los enfermos sino la dietética y la higiene, o sea, el régimen cotidiano de los sanos (Fischler, 1995b: 226). Se avala y justifica bajo un discurso médico-nutricional el incorporar y dictar prescripciones y prohibiciones alimentarias, además de distinguir entre lo sano y saludable, una forma de “medicalización alimentaria” (Gracia 1996h: 193, 194). Se reconoce la función de muchos alimentos para mantener o restablecer la salud como si fuesen medicamentos, es decir una función médica (de prevención o terapia) y por tanto, buena o adecuada, además se legitima debido a que surge a partir de una racionalización científica (Fischler 1995b: 373, Menéndez 1990c).

Desde esta perspectiva, nos enmarcamos en la manera en que se ha problematizado la situación de obesidad bajo un limitado marco interpretativo que analiza el comportamiento alimentario, desde la óptica de la enfermedad y la salud sin tomar en cuenta la compleja naturaleza de la alimentación y la cultura. Propiciando de esta forma la obsesión por la comida y por el régimen, a través del control no sólo alimentario sino corporal y que finalmente se

grados sobre dos ejes principales: caliente-frio y seco-húmedo así como dos ejes secundarios: dulce-amargo y crudo-cocido. Estas cualidades influyen en la manera en la que el alimento se transforma dentro del cuerpo y en la calidad y consistencia de los humores producidos por el organismo. Según la escuela hipocrática, el calor de la digestión transforma los alimentos en linfa que, a su vez, se transforma en humores o actúa sobre la calidad y el equilibrio de los humores presentes. Por tanto se recomendaba equilibrar la dieta para conservar la salud y en caso de enfermedad se recomendaba a los pacientes consumir alimentos que se correspondieran con el inverso de su temperamento, esto ayudaba a corregir el desequilibrio humoral Microsoft Encarta Online Enciclopedia, 2006.

⁸ Algunas conductas y formas de conducirse y enfrentar sucesos cotidianos de vida, por el ejemplo el manejo del estrés, en los niños la conducta activa, catalogada como hiperactividad, las conductas sexuales, la ansiedad entre otras. Ver Castel Françoise, 1980, sobre la sociedad psi que aborda el espectro de conductas que resulta funcional considerar como patologías.

incorpora en el inconsciente colectivo donde la representación al salir de estos esquemas, genera incomprensión de los comportamientos alimentarios, juzgadas como irracionales o dañinas dando pie a percibir la conducta alimentaria como insana, inadecuada y por tanto patológica.

La perspectiva hegemónica de la medicina⁹ cataloga algunos de los comportamientos alimentarios como conductas anómalas, inadecuadas e insanas (Gracia, 2007b, Menéndez 1990c, Arrizabalaga 2000). Evidenciado en la producción de su literatura científica que conceptualiza clínicamente conductas que, por alejarse más o menos de los patrones alimentarios aceptados, se etiquetan como desordenados o directamente patológicos¹⁰. El comer mucho, el no comer así como ciertas formas de comportarse ante la comida han sido etiquetadas como trastornos, no en vano la apropiación de la psiquiatría sobre estos comportamientos (Gracia 2007b). Se parte de una tendencia homogeneizante de dictar o “recomendar” reglas y normas sobre una “adecuación alimentaria” como parte de un discurso médico-dietético bajo el lema de prevención, cuidados a la salud y educación nutricional, dando pie a visualizar los comportamientos alimentarios, los alimentos en sí, como medicina más que cómo fenómeno de complejidad social y cultural.

Bajo este marco, la tesis pretende mostrar cómo a partir de una medicalización de algunos comportamientos alimentarios, se visualizan los alimentos en dos paralelos, como vehículo para recuperar el equilibrio perdido y a su vez, como causantes de la enfermedad. Es a través del régimen alimentario que se logrará recuperar el equilibrio perdido; el discurso médico-nutricional ha emprendido una campaña sobre cuidados a la salud enfocados al cuidado en la cantidad y tipo de alimentos consumidos, así como de ciertos hábitos considerados

⁹ La hegemonía médica es considerada uno de los rasgos fundamentales de los modelos médicos hegemónicos, Teoría desarrollada por Menéndez, enuncia las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación ha conducido a proponer a la medicina como un aparato no solo ideológico sino político de Estado, como una compleja institución donde el control se integra a la legitimación y donde la *normación* de conductas exige incluso el invento de nuevas categorías nosológicas. En este caso se hace patente el establecimiento de normas y etiquetamiento a través de la especialización de la nutrición, la psiquiatría y psicología. (Menéndez 1990c)

¹⁰ Menéndez señala que la concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencias y tendencia a la medicalización de los problemas es uno de los rasgos estructurales de la práctica de la hegemonía médica dominante durante el siglo XIX y actualmente. (Menéndez , 1990c) No es de extrañar, entonces, que el comportamiento hacia los alimentos se perciba como enfermedad.

saludables¹¹, al enviar estos mensajes de manera generalizada¹² provoca desconcierto y confusión en ciertos grupos de población, particularmente los dirigidos a mujeres adolescentes y adultas, ahora el problema es qué comer, qué no comer, y cuánto comer, qué es comer mucho o comer poco. El comer, el alimentarse en sí y sus efectos, empieza a configurarse como obsesivo, como enfermizo.

Esta interiorización y configuración del comportamiento alimentario como patológico o inadecuado, la lipofobia, el deseo de delgadez, el uso del régimen dietético como parte de la incorporación del discurso médico-nutricional bajo la consigna de prevenir enfermedades, encubriendo la valorización de delgadez como signo de belleza y éxito, no se da de manera generalizada, hay una cuestión de género inmersa en la problemática que afecta no sólo a mujeres adolescentes sino también adultas en diferentes contextos (Del Toro 1996, Gracia 2002d, Tinat 2008a, Lora-Cortez 2006, Álvarez 2007, Casillas-Estrella 2007).

Los pocos estudios sobre la prevalencia específica de trastornos alimentarios son limitados. En México, dos estudios epidemiológicos, basados en una muestra de 7 597 mujeres jóvenes del Distrito Federal, señalan que 5.4%, entre 13 y 15 años, y el 16.1% entre 16 y 18 años, presentarían conductas alimentarias de riesgo¹³, y que 2.8% de ellas estarían predispuestas a

¹¹ México se adhirió en 2004 a la propuesta de la Organización Mundial de la Salud que promovió la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas. La Secretaría de Salud (SS) ha diseñado un Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Sus objetivos fueron determinados mediante la revisión de la magnitud y trascendencia del problema en México, de la evidencia científica internacional, de diversos programas realizados en este país y de intervenciones que se han llevado a cabo en otras naciones. Dicho acuerdo, tiene el propósito de contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al revertir la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles que enfrenta el país, derivadas del sobrepeso y la obesidad, a través de una estrategia integral de Estado, con acciones dirigidas especialmente a los menores de edad, en forma individual, comunitaria y nacional, que permitan mejorar la oferta y el acceso a alimentos y bebidas favorables para la salud, así como la promoción de la práctica de actividad física constante a lo largo de las diferentes etapas de la vida. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria 2010. Acciones del Gobierno Federal. Secretaría de Salud.

¹² Bajo la citada epidemia de obesidad por la que transitamos, la política en salud se ha enfocado en abatir la obesidad y el sobrepeso sin mirar las consecuencias que esto podría traer consigo. Lo ha señalado Menéndez en el caso de los infantes en los años cincuenta, donde se promocionaba el uso de formulas láctea favoreciendo a la industria de sucedáneos y logrando modificando el comportamiento natural del amamantamiento y que actualmente han tratando de revertir, sin mucho éxito. Observamos como por una parte se generan, impulsan y promueven determinados cambios de comportamiento y por otra se cuestionan (Menéndez, 1990c). De hecho, una de las recomendaciones de la estrategia federal para abatir el problema de sobrepeso y obesidad es la promoción de lactancia materna exclusiva por los efectos positivos en salud que se han documentado científicamente. Por otro lado, según la última Encuesta de Nutrición y Salud 2006 muestra diferencias sustanciales entre la población escolar en relación con el peso corporal asociado a la estatura. Si bien se había documentado un incremento en el problema de sobrepeso y obesidad en éstos, con los últimos datos de las encuestas nutricionales se empiezan a identificar diferencias por sexo. Las niñas presentan un menor peso para la estatura en comparación de los niños (ENSANUT, 2006)

¹³ Las conductas alimentarias de riesgo no son considerados trastornos alimentarios, sin embargo se definen como aquellos comportamientos encaminados a desarrollarlos. Dentro de estas conductas se incluyen los siguientes comportamientos :perder peso corporal con la práctica de dietas y ayuno, la práctica de ejercicio excesivo, el uso de diuréticos o laxantes y vómito autoprovocado

desarrollar un síndrome clínico de los trastornos de la conducta alimentaria¹⁴ (Unikel y Saucedo-Molina, 2002b:54; Unikel y Villatoro Velázquez, 2000:146). Un tercer estudio más reciente, realizado con adolescentes de un medio semi-urbano del Estado de Michoacán, arrojó resultados similares (Bojórquez y Unikel, 2004a:197).

Cabe señalar que, si bien esta problemática se presenta primordialmente en mujeres de diversos estratos y edades, los varones también están siendo afectados por estos discursos. Algunos estudios apuntan que la problemática en hombres se ha incrementado (Unikel 2006, Mancilla-Díaz 2010) observándose una relación entre el comportamiento alimentario y las modificaciones corporales sobre todo vinculadas con el incremento de masa corporal en términos de musculatura (Muris 2005, Vázquez 2004). En México los datos refieren que no existe insatisfacción corporal en los varones jóvenes, pero sí se presenta una interiorización del modelo estético de delgadez vinculado a la evitación de alimentos considerados “engordantes” (Vázquez 2006). No obstante, la problemática, aún se expresa con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. En varios estudios realizados en la ciudad de México se observa que son las mujeres quienes tienen mayor vulnerabilidad a la influencia publicitaria, desean pesar menos y practican dietas con mayor frecuencia que los hombres (Mancilla-Díaz 2010, Acosta 2005, Gómez-Peresmitre 2002).

Los datos epidemiológicos enmarcan comportamientos alimentarios riesgosos, si bien como enunciaremos más adelante, existe un claro problema al tratar de identificar en la población comportamientos etiquetados como trastornos, dado el desconocimiento, falta de consenso y claridad de los criterios de diagnosis, tanto por los colectivos médicos, como por la población en general. Sin embargo, si damos cuenta de una interiorización principalmente en mujeres de diversas edades de un discurso médico-nutricional respecto a la obsesión por el régimen, modificación de los estereotipos corporales, descontento de la imagen corporal bajo la premisa de prevención y salud, la búsqueda del peso ideal, anhelo por cultura de la delgadez y consumo de alimentos ligeros. Esta interiorización se ve materializada en la existencia de diversas agrupaciones, instituciones médicas, públicas y privadas, asociaciones privadas y organizaciones civiles que dan cabida a formas variadas de atención y el manejo terapéutico

¹⁴ Hacemos referencia al “Síndrome clínico del trastorno de la conducta alimentaria” cuando éste se ha diagnosticado clínicamente.

para el control de peso, modificación de la imagen corporal y la intervención en los comportamientos alimentario ideados y concebidos como patológicos o enfermantes. En el caso de los grupos de ayuda mutua¹⁵ se puede evidenciar que el comportamiento alimentario es concebido como una enfermedad, además de observar una mayor proporción de mujeres que se consideran afectadas y acuden a estas organizaciones para tratar la obsesión por la forma de comer¹⁶.

Interrogantes y objetivos

En esta tesis planteamos dar cuenta y mostrar cómo se configuran los comportamientos alimentarios de normalizados a patológicos desde la perspectiva de los actores sociales y cuál es el peso de la influencia del discurso médico-nutricional. Nos proponemos describir y analizar por qué en cierto grupo de mujeres ciertos comportamientos alimentarios o su relación con la comida se transforma hasta llegar a considerarse, desde su punto de vista, patológica o enfermiza. En particular nos interesa analizar lo que se ha denominado como “trastorno por atracón”, éste es considerado uno de los Trastornos de la Conducta pero a diferencia de la Anorexia y Bulimia aún no se determinan claramente los criterios de diagnóstico a nivel clínico, por tanto se le ubica en una categoría de Trastorno no Especificada, mostraremos más adelante una discusión al respecto, no obstante impacta en la población, quienes adjudicándose esta problemática visualizan su manera de comer desde una perspectiva patológica, ésta se encuentra intrínsecamente relacionada con el sobrepeso y la obesidad corporal debido a que una de las características principales del “trastorno” es el llamado “atracción” el cual consiste, a grandes rasgos, en un consumo desbordado de alimentos y comidas, dando como resultado un sentimiento de culpabilidad por la falta de control en la manera de comer, provocando en la mayoría de los casos sobrepeso u obesidad, así como frustración por no conseguir perder peso corporal ni lograr apegarse a un régimen

¹⁵ En México, existen agrupaciones de esta índole que basan su terapéutica en el método de los 12 pasos de Alcohólicos anónimos. Se brinda tratamiento a trastornos alimentarios, anorexia, bulimia y sobre todo al trastorno por atracón, en la práctica se conjuntan en mayor proporción personas que dicen padecer el “trastorno por atracón”.

¹⁶ En la búsqueda de los grupos de ayuda mutua visitados para trabajar esta investigación observamos que la proporción entre hombre y mujeres es de 1 a 10. En el caso concreto de uno de los grupos con lo que trabajamos eran dos hombres en un grupo de 10. En el segundo grupo no asistía ningún hombre, en esta misma asociación, en uno de los congresos realizados para apoyar la apertura del grupo en Cuernavaca, donde asistieron más de 10 agrupaciones de Torreón Coahuila, de un total de 80 personas solo el 6% era del sexo masculino.

dietético. Estas conductas hacia los alimentos se considera patológica desde el punto de vista clínico, sin embargo como mencioné, existe ambigüedad en los criterios para el diagnóstico específicamente al definir el atracón y las conductas asociadas a él, no obstante ha logrado cabida y permea en ciertos grupos de personas, sobre todo aquellas que tienen un problema de sobrepeso u obesidad y la vinculan con su manera de comer.

Nos planteamos indagar cuáles son los mecanismos que operan para interiorizar una obsesión alimentaria; entendida ésta como aquellas ideas que se generan con persistencia concretamente sobre el régimen dietético y la imagen corporal, usando como recurso la etnografía a través de la descripción, interpretación y explicación de la información obtenida en personas que se han adjudicado esta problemática, particularmente nos interesa trabajar con aquellos individuos que asistente a los grupos de autoayuda vinculados a la alimentación.

Intentamos responder ¿qué nociones imperan en las representaciones y prácticas en torno al comportamiento alimentario?, ¿cómo definen su comportamiento alimentario?, ¿cuál es el saber de estas mujeres sobre los comportamientos alimentarios y su etiquetamiento?, ¿cómo se reconoce el comportamiento alimentario como problemático o patológico?, ¿cómo definen éste problema, a qué atribuyen o cómo explican el desarrollo de estas conductas?, ¿cuáles son las fuentes y vías que han permitido la interiorización de estas nociones?, ¿qué otras representaciones y perspectivas se conjugan para decantar y potencializar el problema?

Antes de detallar la aproximación metodológica utilizada para contestar nuestros interrogantes, consideramos pertinente mostrar cómo surge la concepción de Trastorno Alimentario. En el siguiente apartado abordaremos la noción biomédica del término, incluyendo la descripción de los diversos trastornos contenidos en la definición y profundizaremos en detalle sobre el “trastorno” en el cuál colocamos nuestro interés. Posteriormente, describiremos el enfoque, que desde la antropología se ha realizado sobre los estudios de la alimentación y a partir del cual pretendemos posicionarnos.

Noción del trastorno de la conducta alimentaria: Desórdenes en la manera de comer, conceptualización psico-médica.

Nos interesa desarrollar el por qué se interiorizan determinadas elecciones alimentarias, en función de éstas es que toma significado lo que puede concebirse, desde la perspectiva de algunos actores sociales, como un comportamiento alimentario inadecuado. Es el caso concreto de algunas formas de alimentarse, tales como dejar de comer por voluntad propia, sobrealimentarse o comer sólo determinados alimentos. Así, responder a cierto tipo de elecciones alimentarias aparentemente “inapropiadas” que orillen a alteraciones en los estados fisiológicos del cuerpo y que puedan comprometer la salud, son considerados particularmente por la literatura médica como anormales o desviados. Estos se han denominado bajo el término Trastorno de la Conducta Alimentaria¹⁷, parten de una conceptualización psico-médica que los define como “conductas” desordenadas, confusas y poco normales. A pesar de las críticas que se han hecho al término, es el utilizado normalmente por las disciplinas que se dedican a su estudio y abordaje (Gracia, 2002d: 534). A continuación mostramos la forma en que se definen los Trastornos, cuáles son, cómo se diagnostican y en cuál hemos puesto nuestro interés, así como el debate que se da en torno a la definición y los criterios de diagnóstico.

Estos comportamientos han sido clasificados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Salud mental¹⁸ (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades¹⁹ (CIE) de la organización

¹⁷ *Eating Disorder* término traducido al español por Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

¹⁸ El DSM surge en Estados Unidos en el intento de clasificar los trastornos mentales por medio de información estadística recabada en un censo en 1840, donde se categorizaban los problemas mentales como “idiocia/locura”. Posteriormente en el censo de 1880 se hacen diferencias de siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, paresia, demencia, dipsomanía y epilepsia. Es hasta 1917 que el Comité de Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría, junto con la Comisión Nacional de Higiene Mental y la Academia de Medicina elabora una nomenclatura psiquiátrica aceptada en ese país. El ejército de los Estados Unidos elabora una nomenclatura para englobar los enfermos de la Segunda Guerra Mundial y en 1952 se publica la primera versión del DSM que incluía un manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. (DSM-IV, 2000:18)

¹⁹ Desde 1893 existe una clasificación internacional para codificar la mortalidad. Cuando se establecieron las Naciones Unidas, tras la Segunda Guerra Mundial, y se fundó la Organización Mundial de la Salud (OMS), ellas se hicieron responsables de la publicación de esas clasificaciones. La 6.ª revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte* (CIE-6) fue publicada en 1989 y poco después se comenzó a usar para codificar y tabular no solamente los datos de mortalidad sino, también, los de morbilidad. En esta versión se incluyen por primera vez una sección que clasifica las enfermedades mentales <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>

Mundial de la salud. La denominación de trastorno²⁰ en el DSM surge a partir de la elaboración dentro de un contexto de biomedicalización de la práctica psiquiátrica en 1980 que originalmente eran para uso exclusivo de la situación norteamericana. Posteriormente, el DSM se ha publicado en veinte lenguas diferentes y ha superado el CIE de la Organización Mundial de la Salud (Martínez, 2000: 249), por tanto el DSM es usado como estándar para evaluar y diagnosticar Trastornos de la Conducta Alimentaria en diversos contextos, con algunas modificaciones y adaptaciones para aplicarse en lugares específicos (Álvarez-Rayón, 2009; Casilla, 2004; Aguilar 2010).

La denominación de Trastorno de la Conducta Alimentaria aparece en 1980 plasmada en la tercera edición del DSM. En esta edición se describen como entidades nosológicas y son ubicadas dentro de una categoría denominada: “Trastornos de Inicio en la Infancia, Niñez y Adolescencia” (citado por Moral de la Rubia 2002). Es en la cuarta edición que se agrupan de manera independiente ya como Trastornos de la Conducta Alimentaria²¹

A su vez, en el capítulo dedicado a los Trastornos Mentales del CIE, aparecen por primera vez en 1978 en la modificación de la novena revisión (CIE-9), aunque en forma poco definida (citado por Moral de la Rubia, 2002). Se puede decir que es para la décima revisión, 1992, que se ubican en una subcategoría de Trastornos Alimentario, definida y de forma semejante al DSM-VI (DSM-IV, 2000).

Los comportamientos “anómalos” contenidos en la clasificación del DSM-IV y en el CIE-10 son anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. El trastorno por atracón²² se incluye en una categoría denominada como Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TANE), la cual circunscribe conductas alimentarios que no cumplen con los criterios para ser considerados

²⁰ En la primera versión del DSM se utilizaba el término “reacción” que reflejaba la influencia psico-biológica de Adolf Meyer, uno de los psiquiatras colaboradores en el diseño de ésta versión, que aludía la representación de reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos. Sin embargo, en la segunda versión desaparece este término y es en la versión de 1989 en el DSM-III que se incorpora el término trastorno. Éste es conceptualizado como “un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (dolor), a una incapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad” (DSM-IV, 2000:19)

²¹ En esta cuarta edición quedan de fuera, la pica o alotrofagia, el trastorno por rumiación o mericismo y el negativismo infantil a comer, que eran incluidos en la versión de 1980.

²² En ingles se denomina Being Eating Disorder

un trastorno de la conducta alimentaria específico como sería la anorexia o bulimia nerviosa (DSM-IV-TR, 2000:653). Otros trastornos relacionados con la alimentación, no se incluyen en la categoría de Trastornos Alimentarios, pero si aparecen en el DSM-IV y CIE-10 son: trastornos de la Alimentación y el Sueño, el Trastorno Dismórfico Corporal²³ que incluye algunos aspectos relacionados con la vigorexia,²⁴ Trastorno de la Ingestión Alimentaria de la Infancia²⁵, la Pica²⁶, el Trastorno de Rumiación²⁷, éstos tres últimos se incluyen en la sección de Trastornos de la Ingestión Alimentaria de la Infancia y Niñez en las versiones de ambos manuales. Estrictamente, solamente la anorexia y la bulimia nerviosa se encuentran ubicadas en la categoría de Trastornos de la Conducta Alimentaria y el *Trastorno por atracón* se ubica en la sub-categoría TANE. La vigorexia y ortorexia²⁸ se han propuesto para ser contenidos dentro de la categoría de trastorno alimentario, pero éstas aún no se incluyen.

Tabla 1. Trastornos relacionados con la alimentación según DSM-IV y CIE-10

| Categoría general | Tipos de trastornos |
|------------------------------|--|
| Trastorno de la Alimentación | <ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nerviosa <ul style="list-style-type: none"> ○ Restrictivo ○ Compulsivo ○ Purgativo • Bulimia nerviosa <ul style="list-style-type: none"> ○ Purgativa ○ No purgativa |

²³ La característica esencial del trastorno es la preocupación por algún defecto en el aspecto físico. El defecto es imaginario o, si existe, la preocupación del individuo es excesiva. Esta causa malestar significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y no se explica por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., la insatisfacción por el tamaño y la silueta corporal presente en la anorexia nerviosa) DSM-IV, 2000:570

²⁴ La Vigorexia no es estrictamente un trastorno de la alimentación, se incluye como una de las características relacionadas con la dismorfia corporal, donde existe un cuidado especial con la alimentación y el uso de anabólicos o sustancias que incrementan la musculatura debido a una insatisfacción corporal. DSM-IV, 2000:572

²⁵ La característica del Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia es la incapacidad persistente para comer adecuadamente, lo que se pone de manifiesto por una incapacidad significativa para ganar peso o por una pérdida de peso significativa por lo menos en un mes. No se acompaña de enfermedad digestiva, ni de otra enfermedad médica. El inicio del trastorno ha de ser anterior a los 6 meses de edad. DSM-IV, 2000: 123

²⁶ La pica es la ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un periodo de por lo menos un mes. La sustancia típica ingerida tiende a variar con la edad. Los niños pequeños suelen comer pintura, yeso, cuerdas, cabellos o ropas. Los niños de más edad pueden comer excrementos, arena, insectos, hojas o guijarros. Adolescentes y adultos pueden ingerir tierra o estiércol. No hay aversión a los alimentos. Este comportamiento debe ser inadecuado evolutivamente y no formar parte de unas prácticas culturalmente sancionadas. DMS-IV, 2000:119

²⁷ El trastorno de rumiación consiste en la regurgitación y nuevas masticaciones repetidas de alimento durante un periodo de tiempo de por lo menos un mes después de un periodo de funcionamiento normal. La conducta en cuestión no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociado (p.e., reflujo esofágico) DSM-IV, 2000:123

²⁸ La ortorexia se considera una conducta obsesiva por la comida sana, hasta un nivel considerado patológico. La preocupación por la comida sana lleva a consumir exclusivamente alimentos procedentes de la agricultura ecológica, es decir, que estén libres de componentes transgénicos, sustancias artificiales, pesticidas o herbicidas. Aún no está incluida como un trastorno alimentario. Muñoz, 2007:460

| Categoría general | Tipos de trastornos |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la Conducta Alimentaria No especificado (TANE) <ul style="list-style-type: none"> ○ Trastorno por atracón |
| Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez | <ul style="list-style-type: none"> • Pica • Trastorno de rumiación • Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez |
| Otros trastornos relacionados con la alimentación | <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno dismórfico corporal <ul style="list-style-type: none"> ○ Vigorexia • Trastorno de la alimentación y el sueño |

A continuación describiremos las características que definen los Trastornos de Anorexia y Bulimia Nerviosa y nos centraremos en la discusión de la conceptualización, inclusión y criterios de diagnóstico del “Trastorno por Atracón”, el cuál es interés en este trabajo.

Anorexia y Bulimia Nerviosa

En el caso de la anorexia, el diagnóstico se basa en criterios presuntamente objetivos como la relación peso/talla de 15 a 18%, la amenorrea, consecuencia frecuente del adelgazamiento pero también propio del estrés o ansiedad. Otros síntomas tales como el miedo a engordar, la alteración de la propia imagen corporal, la hiperactividad o la obsesión (DSM-IV, 2000: 653). Además de rasgos característicos emparentados con la histeria, la depresión y la melancolía (Toro, 1996, Gracia, 2007b)

La anorexia nerviosa puede ser “restrictiva” o “compulsiva/purgativa” (DMS-IV 2000: 655). En ambos casos, la persona se empeña en una dieta severa con fases de ayuno prolongado y de ejercicios físicos excesivos o alterna fases de restricción alimentaria con crisis de ingestiones de alimentos seguidas de vómitos auto provocados o de tomas de laxantes. La persona anoréxica ejerce un “control extremo” sobre su alimentación; todo alimento es cuantificado y racionalizado en función del número de calorías, todo alimento con grasas (“rico en lípidos”) es prohibido y odiado, mientras que todo alimento *light* es venerado (Tinat, 2008). Entre todos los alimentos, la carne es típicamente rechazada por las anoréxicas; en contrapartida, el agua, como elemento purificador, es consumida en cantidades inimaginables (Buckroyd, 1997:21-22 citado por Tinat, 2008).

La bulimia se describe por caracterizarse por un hambre “feroz” o una sobrealimentarse, por una combinación de comportamientos como restricciones alimentarias, ayuno y llevar a cabo actividades de purga o eliminación y sus signos y síntomas están relacionados con vómitos, desmayos, contracciones intestinales rápidas (Toro, 1996).

Las características esenciales de la bulimia son las crisis de “orgía alimentaria” y los métodos compensatorios inapropiados para evitar engordar y que suceden a la crisis. Este segundo trastorno se divide en dos subtipos que difieren según sus métodos compensatorios. En el tipo purgativo, al igual que en la anorexia, la persona recurre excesivamente a los vómitos, los laxantes o los diuréticos. En el tipo no purgativo, opta por fases de ayuno o práctica deportiva intensa. La crisis de bulimia se define por: 1) una ingestión, en un tiempo limitado, de una enorme cantidad de comida superior a lo que la mayoría de la gente consumiría en un lapso de tiempo similar; y 2) el sentimiento de una pérdida de control del comportamiento alimentario durante la crisis (DSM-IV, 2000: 660-67).

La anorexia y la bulimia fueron descritas como enfermedades en 1873 y 1979 respectivamente. El término anorexia fue definido como falta de apetito. Las primeras descripciones médicas sistemáticas fueron en Gran Bretaña y Francia que hablaban de anorexia nerviosa o anorexia histérica (citado en Gracia 2007b: 114). Del Toro (1996) hace mención de las *santas anoréxicas*, quienes tenían prácticas con fundamentos cristianos donde imperaba el ayuno como parte de la purificación del alma. Por otro lado, la bulimia era de interés cuando se asociaba con algún otro trastorno. En el siglo XVIII fue descrita como una enfermedad en la que el paciente se veía afectado por el deseo de comer insaciablemente con signos y síntomas relacionados con vómitos, esta sintomatología fue asociándose progresivamente a la anorexia. (Gracia 2002d: 356).

¿Trastorno por atracón? Discusión sobre su definición y los criterios de diagnóstico

El interés de este trabajo, como se mencionó anteriormente, se centra en el comportamiento alimentario, especialmente en el denominado trastorno por atracón²⁹. Éste fue incluido en el DSM IV en 1994 como una enfermedad que amerita atención, se puede decir que es un trastorno “nuevo” a diferencia de la anorexia y bulimia. La inclusión de este trastorno motivó interés de la comunidad médica por la relación que se establecía entre obesidad y la introducción del “nuevo trastorno”.

Sin embargo, las particularidades que llevan al diagnóstico del trastorno son cuestionables. El DSM-IV y el CIE-10 lo consideran un trastorno alimentario, aunque aún no hay consenso definitivo. El trastorno se ubica dentro de la categoría para Trastornos Alimentarios no Especificados (DSM-IV, 2000:875 y Organización Mundial de la Salud, 2003)

El trastorno por atracón, según el DSM IV, se caracteriza por episodios repetidos de una sobre-ingesta compulsiva de alimentos conocida como atracones³⁰. Los atracones se caracterizan por las siguientes dos condiciones: a) comer durante un periodo de tiempo, por ejemplo, durante dos horas una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de la gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas y b) sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio de atracón, por ejemplo, sentir que no se es capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que se está comiendo. El atracón no se asocia a conductas compensatorias como purgas, ayuno o ejercicio físico excesivo, por lo que una peculiaridad ante estas conductas se refleja en incremento del peso corporal. (Wilson & Walsh, 1991). Además los episodios se deben asociar a tres o más de los siguientes síntomas: 1) ingesta mucho más rápida de lo normal, 2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno, 3) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre, 4) comer a solas para esconder su voracidad y 5) sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón (DSM-IV, 2000: 877).

²⁹ Se utilizan varias denominaciones como ingesta compulsiva (Hunot et. al., 2008), comedores compulsivos, tragones.

³⁰ Aunque el atracón es signo característico también de la bulimia y hay confusión entre el subtipo de bulimia no restrictiva que describe el DSM-IV.

El concepto del trastorno por atracón fue introducido al DSM-IV como respuesta a la observación clínica realizada por el psiquiatra Albert Stunkard, quien identificó a personas con problemas de obesidad y que presentaban patrones de sobrealimentación diferentes a los cotidianos, además experimentaban un sentimiento de falta de control y angustia causado por el comportamiento alimentario (Stunkard, 1959a). Posteriormente dos estudios multicéntricos³¹ realizados por Spitzer (1992, 1993) contribuyen de manera fundamental para la definición de los criterios diagnósticos y la validación del desorden, como tal lo anterior permitió la introducción de la noción de trastorno en el DSM-VI (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) como un Trastorno Alimentario No Especificado, categoría residual reservada a desórdenes alimentarios de severidad clínica diferentes a la Anorexia y Bulimia.

La noción del trastorno estimuló investigaciones médicas que a su vez trataban de clarificar las diferencias del nuevo trastorno con la Anorexia y Bulimia Nerviosa, además se incrementó la atención por la relación establecida entre el desorden alimentario y la obesidad. La utilidad y las categorías diagnósticas actualmente continúan en debate (Stunkard & Allison, 2003). La experiencia clínica no logra conciliar e identificar en la práctica, el desorden alimentario con los hallazgos encontrados. El debate se centra en la dificultad de la definición del trastorno y sobre todo en la delimitación de la característica subyacente que refiere la sobrealimentación, es decir el atracón. Esto debido, según algunos autores (Cooper Z, Fairburn C.G. 2003), a que inicialmente en los estudios de Stunkard se incluyeron muestras heterogéneas de pacientes con características que confunden el diagnóstico clínico.

No es sencillo distinguir el atracón con otras formas de sobrealimentación³², considerando la relación entre el trastorno y la obesidad (De Zwaan, 1999). Se han postulado a debate dos aspectos fundamentales: 1) problemas conceptuales para distinguir el desorden alimentario de una sobrealimentación cotidiana y, 2) dificultades para evaluar, clasificar y diferenciar de

³¹ Estudios multicéntricos refiere a la intervención de varios centros o instituciones en el diseño e implementación de un estudio epidemiológico que puede ser transversal, longitudinal u otro.

³² La sobrealimentarse en situaciones de hambruna ha sido descrito por varios autores como Gracia, Comelles y Corcuera y más específicamente Gónzales-Turmo, 2002.

otras formas de desordenes alimentarios encontrados, sobre todo de la bulimia nerviosa no purgativa (Cooper & Fairburn, 2003).

El termino atracón, refiere episodios de sobrealimentación durante los cuales la cantidad de alimentos consumida es mayor al consumo cotidiano, otra característica es la presencia de una sensación de falta de control durante el episodio. Sin embargo, las cuestiones que emergen y se han puesto en la mesa de debate consisten en establecer con precisión la distinción conceptual del atracón y la sobrealimentación, característica de personas con obesidad. El problema en si es distinguir un episodio de atracón del consumo alimentario cotidiano, particularmente cuando la sobrealimentación es parte del contexto cultural y por tanto, habitual de alimentarse. Establecer la diferencia de la cantidad de comida consumida durante el atracón y la cantidad habitual, así como la pérdida de control es difícil de evaluar.

Por otro lado, se establecen dificultades para distinguir la diferencia con respecto a la bulimia nerviosa, específicamente la bulimia nerviosa no purgativa. Una de las características de ésta es la “ausencia de conductas compensatorias inadecuadas³³”. Esta situación provocaba una confusión para diferenciar el diagnóstico, entre la bulimia no purgativa y el trastorno por atracón, ya que ambas tenían como características específicas: el atracón y no compensar con conductas consideradas inadecuadas. Al parecer esta confusión se derivó de los estudios iniciales (Zpitzer, 1992, 1993) los cuales ignoraron los casos de bulimia nerviosa no purgativa y excluyeron en sus muestras sólo los casos de bulimia nerviosa purgativa, a pesar de que se reconocieron y rectificaron estos errores, las modificaciones se fundaron en corregir la definición de bulimia nerviosa no purgativa más que precisar la definición del trastorno por atracón (Fairburn, C.G. Welch, S.L. & Hay, P.J. 1993). Aunado a lo anterior, se observa que las características asociadas a los trastornos coexisten en la Bulimia Nerviosa no Purgativa y Trastorno por Atracón (Cooper Z, Fairburn C.G. 2003) ya que los individuos con alguno de los trastornos también pueden cursar con conductas intermitentes relacionadas con la inducción del vómito y uso de laxantes (Striegel-Moore, R.H. Cacheline F.M. Dohm, F.A. et.al 2001)

³³ La bulimia nerviosa no purgativa se opta por fases de ayuno o práctica deportiva intensa a diferencia de la de tipo purgativa donde la persona recurre excesivamente a los vómitos, laxantes o los diuréticos, los anteriores son considerados conductas compensatorias inadecuadas.

Otro punto a discutir es si las personas pueden o no identificar o tienen conocimientos acerca de los signos característicos de los trastornos, por ejemplo no comer en veinticuatro horas³⁴, el atracón mismo, cuáles son las prácticas compensatorias después del atracón como son el uso excesivo de diuréticos o sobre ejercitarse más de una hora.

La definición biomédica característica del atracón, según el DSM-IV, es sobrealimentarse durante un periodo de tiempo de aproximadamente dos horas, comer una cantidad de alimento que es mayor a lo que se comería durante un periodo de tiempo y circunstancias similares, además el atracón debe estar acompañado por la pérdida de control y no hay conductas compensatorias inapropiadas, también se estipula que el atracón debe presentarse dos veces por semana en un periodo de seis meses, los individuos deben expresar angustia por estas conductas. Aunque hay acuerdo general en la subjetividad del aspecto del atracón, no hay consenso sobre los aspectos “objetivos” de duración y cantidad, así por ejemplo se ha sugerido ampliar la duración de dos horas propuesta originalmente a un rango mayor que pueda considerar un día completo (Wilfley D.E, Wilson G. T, Agras W.S. 2003). Ahora bien, cuando se exploran los aspectos subjetivos como la pérdida de control y la angustia que provoca el comportamiento alimentario, no se cuenta con instrumentos metodológicos adecuados para evaluarlos, y los utilizados reportan sobreestimaciones (Greco, C.G., Marcus, M.d., & Wing, R.R., 1995), sobre todo cuando se pretende estudiar las prevalencias e incidencia de estos trastornos (Moore-Stiegel R.H, Franko D.L., 2003).

Observamos que los criterios son confusos y los límites ambiguos, no hay consenso y si discrepancias en las definiciones, los criterios, los signos y los síntomas. Para Gracia, estas imprecisiones provienen de la misma construcción del concepto, al querer conceptualizar clínicamente conductas que, por alejarse más o menos de los patrones alimentarios aceptables, se etiquetan de desordenados o directamente patológicos (Gracia 2007b:26). A pesar de esto, el problema que planteamos se deriva no sólo del etiquetamiento que pueden darse a determinados comportamientos alimentarios sino las consecuencias de la

³⁴ Característica de la Bulimia nerviosa, según el DSM-IV, que incluye restricción alimentaria o régimen exacerbado

interiorización por los sujetos sociales al percibir sus comportamientos inadecuados, generando sufrimiento y pesar a un hecho tan cotidiano como es el acto de alimentarse.

Es importante señalar que la propuesta realizada pretende alejarse de la conceptualización biomédica hecha a los comportamientos alimentarios. Intentamos realizar un acercamiento desde la perspectiva antropológica. Por tanto, en el siguiente apartado mostramos el enfoque que se ha dado, desde esta disciplina, al comportamiento alimentario.

Enfoque de la antropología de la alimentación

La alimentación es un fenómeno complejo con innumerables facetas ya que al mismo tiempo que desempeña una función biológica vital cumple con una función social esencial. Las investigaciones en torno al acto alimentario se han realizado a diferentes niveles que pueden englobarse en dos grandes dimensiones. La primera de lo biológico a lo cultural y la segunda de lo individual a lo colectivo. Estas dos grandes dimensiones abarcan de la función nutritiva a la simbólica así como de la función psicológica a lo social (Gracia 1997h, Contreras 1993, Fischler 1995b, De Garine 1995, Mintz 2003). Nos encontramos en un entramado entre el ser biológico y social del ser humano, por así decirlo entre lo nutricional y lo simbólico.

El acercamiento desde diversas disciplinas a este hecho ha sido limitado considerando el carácter multidimensional. Se ha reducido a simple comportamiento alimentario donde en efecto hay prácticas sociales, se ha limitado a “supersticiones” e ignorancia donde hay creencias y representaciones. Así, la noción de hábitos o comportamientos alimentarios se ha reducido a determinismos y funcionalidades biológicas, genéticas o fisiológicas. Para la medicina y la nutrición se *comen* nutrimentos no alimentos, se olvida que el hombre piensa su comida de otra manera (Harris 2005). Por otro lado, para las ciencias sociales la alimentación comporta una dimensión imaginaria, simbólica y social olvidando que requiere de nutrimentos pero también de lo imaginario. (Fischler 1995b, Contreras 2005).

Esbozamos, a continuación, la aproximación socio-antropológica que se ha realizado en el campo de la alimentación, los diversos enfoques, intereses, cambios, modificaciones y

perspectivas de diferentes corrientes teóricas al estudiar este hecho y que finalmente apuntan a superar las limitaciones disciplinarias.

A finales del siglo XIX cuando se abordan los temas sobre alimentación (Montgomery, 1977, Bell, 1931, Firth, 1934, Ferro-Luzzi, 1977), la antropología planteaba cuestiones en torno al uso de los alimentos respecto al sacrificio, la magia y formas de religión atrayendo la atención sobre las prohibiciones, las prescripciones y costumbres específicas que tenían y caracterizaban a los grupos sociales. El interés se centraba en los aspectos rituales y las concepciones sobrenaturales del consumo de alimentos (Goody, 1982 citado en Fischler 1995b:17). El funcionalismo británico puso el acento, más que en los aspectos religiosos, en las funciones sociales de la alimentación. En la misma línea funcionalista se reconoce la aportación de la antropóloga Audrey Richards que superaba el reduccionismo biológico y social al integrar en el análisis las dos dimensiones del objeto. Esta autora describía y analizaba el sistema nutricional del pueblo Bemba, en Rhodesia del Norte, a partir de documentar cómo las relaciones humanas son determinadas por necesidades nutricionales (Carrasco, 2007). Posteriormente Lévi-Strauss analizaba la cocina como una forma de lenguaje en el que cada sociedad traduce inconscientemente su estructura. Según él, la cocina es la ocasión de aislar categorías empíricas- crudo/cocido- universales aun cuando los contenidos que se asignen son propios de cada sociedad (Lévi Strauss, 1968). Por otro lado la sociología de la cultura centraba el análisis en el consumo alimentario y de los gustos, entendido como sistemas normativos socialmente construidos desde prácticas y representaciones diferenciadas (Bourdieu, 1979 citado en Fischler, 1995b:20).

Así, el debate para entender la conducta alimentaria dentro del ámbito social ha sido marcado por las tendencias y corrientes teóricas. Una de ellas representada por los funcionalistas cuyo planteamiento consideraba todo rasgo de la cultura alimentaria cumpliendo una función específica. El claro ejemplo lo muestra Radcliffe-Brown cuando respondía a la pregunta de por qué ciertas especies están dotadas de un fuerte valor simbólico en algunas culturas, proponiendo la hipótesis de que este valor está ligado al valor funcional o antifuncional del animal en el contexto del lugar (Messer, 1995, Carrasco, 2007). El materialismo cultural representado por Marvin Harris obedecía a que las preferencias alimentarias podían

explicarse por un análisis de costo y beneficio, si algunos alimentos se buscaban de manera especial es porque presentaban un balance favorable, explicaba las prohibiciones y preferencias en términos de adaptaciones, de ajustes a situaciones ecológica y económicas, esta corriente es influenciada por una anterior, la antropología ecológica (Messer, 1995 y Fischler, 1995b). La escuela estructuralista refutaba las tendencias anteriores, para esta corriente lo fundamental era comprender un sistema culinario, no analizar los elementos aisladamente sino las relaciones entre los elementos. La contribución con enfoque estructuralista de Lévi Strauss no apuntaba a la variabilidad o especificidad de los hechos culturales sino a cierto número de características universales del funcionamiento humano, mostraba categorías empíricas que son pertinentes y operativas en todas las culturas, aunque el contenido que se asigne localmente sea variable. Fundamenta sus categorías en lo crudo, cocido y podrido. Lo crudo se sitúa en la interfase entre naturaleza y cultura, lo cocido es producto de una elaboración cultural, lo podrido a una elaboración natural (Messer, 1995 y Lévi-Strauss, 1968).

Posterior al enfoque post-estructuralista el análisis se centra en indagar la problemática social que trae consigo la alimentación contemporánea, tratando de superar los aspectos rituales y costumbres específicas que fueron parte del estudio antropológico por diferentes corrientes teóricas clásicas. Propone el análisis en la óptica de problemas sociales como el hambre, las aplicaciones biotecnológicas, los trastornos del comportamiento alimentario, la seguridad alimentaria o globalización, y desestructuración de la alimentación. La discusión actual de la alimentación en la antropología se enmarca en el análisis a través de la indagación de las construcciones colectivas y las evaluaciones subjetivas más que en las prevalencias objetivas (Gracia, 1997h:18). La antropología de la alimentación apuntala a buscar aproximarse metodológicamente al estudio del comportamiento alimentario a través de la etnografía, priorizando instrumentos analíticos que favorecen la observación y la descripción de la vida cotidiana, con un interés particular en indagar no sólo las representaciones de la conducta alimentaria sino también su práctica. Aunque persiste la discusión metodológica para abordar el problema se pretende consensuar en la utilización de diferentes herramientas para analizar la alimentación como un conjunto bio-socio-cultural complejo (Gracia 1997h, 2007b y Fischler, 1995b).

Así, la discusión en el abordaje sobre la alimentación parece apostar a la búsqueda de la integración de múltiples disciplinas para entender el complejo acto de alimentarse. De esta forma mi intención al trabajar con un problema respecto de la forma de alimentarse es incorporar desde la antropología de la alimentación y contribuir desde la nutrición al entendimiento de un comportamiento que por sí mismo es complejo, aún más cuando llega a percibirse cómo patológico.

Aproximación teórica: nuestros conceptos

En este apartado presentamos el marco teórico conceptual, donde describimos los abordajes y conceptos principales que utilizaremos en esta investigación. Partimos de retomar algunos elementos de la discusión teórica realizada sobre las consideraciones a la normalidad y patología, desde la perspectiva de Canguilhem (198), que serán de utilidad para el entendimiento y comprensión de la aprehensión de enfermedad por ciertos actores sociales influenciados por la visión hegemónica del discurso médico al considerar ciertos comportamientos alimentarios como patológico. Recuperaremos el concepto trabajado por Allan Young (1975) y Kleinman (1988) sobre la noción de enfermedad y padecimiento el cual retomaremos para nuestro análisis. Tomaremos los términos de bienestar y malestar, conflicto u obsesión alimentarios como una forma alterna para referir a los denominados Trastornos de la Conducta Alimentaria. La comprensión de la interiorización del comportamiento alimentario se abordará desde el marco teórico del constructivismo, descritos por Berger y Luckman (2008) y los procesos de socialización descritos como parte de esta corriente teórica. El concepto de representaciones y prácticas (Osorio, 2001) nos permitirá entender como la socialización se conjuga y se muestra con una serie de saberes, acontecimientos, simbologías, emociones, gustos y aversiones hacia los alimentos (aprendidos y reproducidos) que van perfilando un determinado comportamiento alimentario. Los cuales nos permitirán abordar desde la conceptualización que hace Young de padecimiento. Finalmente incorporamos la noción de formas de atención, específicamente la *autoatención* de la enfermedad a partir de los conjuntos sociales, concepto trabajado por Menéndez (2005a). Es en la generación de uno de estos espacios donde desarrollamos nuestro trabajo.

Primeramente consideramos pertinente evidenciar el distanciamiento que pretendemos realizar entorno a los presupuestos biomédicos sobre el etiquetamiento del comportamiento alimentario como enfermedad o trastorno, retomaremos a Chermin y Orbach (Citado en Zafra 2008a) quienes desafían el criterio de ver los Trastornos Alimentarios como patologías y enfatizan los aspectos aprendidos e incorporados de estas conductas, rescatando los roles de la cultura y del género, como factores primarios en el inicio de estos comportamientos (Gracia et al. 2001). Retomo la definición de Zafra al ver los trastornos alimentarios “como formas de estar -bienestar y/o malestar-, que toman sentido dentro de un contexto socio-alimentario determinado y que presentan una continuidad subyacente a los componentes y dispositivos normales de la cultura” (Zafra, 2008a: 233), más que como nociones psicopatológicas. Otro elemento de importancia que incorpora la autora, al considerarlos como *formas de estar* alimentario, se debe a que “posibilita el incorporar no sólo los malestares, en tanto que no siempre son vividos de forma conflictiva por los sujetos” (ídem: 236).

Por tanto, me adecuaré al manejo que hace Zafra al considerarlos como representaciones de “**bienestar, malestar y/o conflicto alimentario**”, a manera de definición alternativa a los denominados Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ya que si bien, el Trastorno por Atracón, aún, no termina por definirse como tal en la comunidad científica biomédica, sí por algunos colectivos sociales. Al hablar de la problemática alimentaria en este trabajo haremos referencia a las representaciones de bienestar alimentario, entendido éste como un estado de satisfacción, placer, gusto por la comida y los alimentos. Las representaciones sobre el malestar alimentario serán definidas como las formas de representación alimentaria que provoca una sensación de incomodidad, molestia, tanto física como anímica, es decir el consumo de alimentos y comida como generador de conflicto. Este malestar o conflicto puede derivar en una obsesión alimentaria, no pretendemos realizar una evaluación psicológica para determinarla, más bien planteamos definirla, para nuestros fines, como aquellas ideas relacionadas con el régimen dietético y la imagen corporal que se expresan de una manera persistente. Consideramos que al hablar de la problemática alimentaria, desde esta perspectiva, nos permitirá observar la conjugación e interacción que se da entre placer visto

como bienestar y el conflicto visto como malestar ante el hecho alimentario, más que como conductas obsesivas o patológicas.

Lo normal/patológico

Desde la perspectiva de algunos actores sociales³⁵, se expresa la interiorización de enfermedad o trastornos alimentarios, si bien, el etiquetamiento surge desde la apropiación biomédica del problema, el incorporar los conceptos trabajados extensamente por Canguilhem sobre la enfermedad, la patología y la normalidad permitirá el análisis, la comprensión y entendimiento de las representaciones de bienestar, malestar y/o conflicto alimentario desde la óptica tanto de los colectivos médicos como colectivos sociales que se identifican con este sentir.

Primeramente consideramos pertinente referir a la definición de norma, para introducir la perspectiva de lo normal y lo patológico, a la que refiere Canguilhem. Este autor señala que etimológicamente, el término norma tiene dos sentidos. “La norma es un valor: aquello que es tal como debe ser. La norma es también un hecho: aquello que se encuentra en la mayoría de los casos de una especie o aquello que constituye el promedio” (Canguilhem, 2011:91). Al considerar la norma como valor, el autor hace referencia a que éste toma sentido en términos de cualidad y ésta va más allá de un resumen de cantidades físicas y químicas, vistos como una variación cuantitativa de aumento o disminución. Es decir, no se puede reducir la cualidad en cantidad. Ésta diferenciación es relevante partiendo del sentido que toma en la fisiología determinar cuándo una situación ha salido de lo normal. Al respecto, el autor señala que en medicina, “el estado normal designa al mismo tiempo el estado habitual de los órganos y su estado ideal” (ídem: 90). En otras palabras desde la ciencia médica, el estado normal es a la vez un hecho y un valor debido a que se plantean dichas normas o estado normal como normativas. Desde la fisiología la normatividad es entendida como “todo juicio que aprecia o califica un hecho con relación a una norma” (ídem: 93) y propone hablar de normatividad biológica.

³⁵ Al referirnos a “algunos actores sociales” estamos considerando sobre todo a las mujeres que pueden tener un excedente de peso corporal o que se encuentran inconformes con su imagen corporal y por consiguiente se generó un malestar o conflicto relacionado con el comportamiento hacia la comida y los alimentos, es decir por el régimen dietético.

Al respecto el autor señala que ésta es parte de la fisiología humana y se encuentra en continuo restablecimiento de manera natural, a lo que él refiere como parte de una “polaridad dinámica de la vida”. Lo anterior lo ejemplifica señalando al “más sencillo aparato biológico de nutrición, de asimilación y de excreción traduce una polaridad. Cuando los desechos de asimilación ya no son excretados por un organismo y atestan o envenenan el medio interno, todo esto se realiza en efecto de acuerdo con la ley física, química, etc., pero nada de esto está de acuerdo con la norma que es la actividad del propio organismo” (ídem: 93). Para el autor no hay indiferencia biológica, por tanto no puede hablarse de normatividad biológica, él señala más bien que hay “normas biológicas sanas y normas patológicas, y las segundas no son de igual calidad que las primeras” (ídem: 95). Retomando sus señalamientos, entendemos que el cuerpo reacciona al “envenenamiento interno” independientemente de que la norma de la actividad del organismo sea la eliminación, esta reacción también implica restablecimiento de una norma, aunque sea mediante el envenenamiento, identificamos en este ejemplo la polaridad a la que hace referencia el autor. Por tanto la normatividad y la polaridad dinámica de la vida es apreciada como “como necesidad vital [...] que implica que todo organismo [...] reacciones con valor hedonista o comportamientos de autocuración y de autoperfección” (ídem: 93). Entendemos pues, estando de acuerdo con el autor, que la vida presenta una polaridad dinámica y, por ello, se convierte en una actividad normativa, entendiendo normativo aquello que instituye normas. Por ende, el organismo reacciona frente a las variaciones del medio en el que vive y esta reactividad polarizada permite su subsistencia. Para Canguilhem, es la vida misma, y no la ciencia médica, la que convierte lo normal biológico en un concepto de valor y no en un concepto estadístico.

Cabe introducir la diferencia entre los conceptos de norma y normal que maneja el autor. Él refiere que el primero es escolástico y el segundo es un término popular. Dice “es posible que lo normal sea una categoría de juicio popular porque su situación es vivamente, aunque de un modo confuso, sentida por el pueblo como no siendo recta” (ídem: 185) también menciona que el término de normal se naturalizó a partir de los vocabularios específicos de dos instituciones: pedagógicas y sanitarias, así la expresión de racionalización desembocó en lo que se llama normalización y ejemplifica en el caso de la educación, la calibración de

determinadas soluciones de laboratorio, el establecimiento de la vía normal del ferrocarril y el peso del hombre según sexo, edad y estatura. En los tres primeros ejemplos, lo normal es efecto de una elección y una decisión exterior al objeto calificado como tal, en último el término de referencia y de calificación se presenta manifiestamente intrínsecamente al objeto. En este sentido, siguiendo al autor, “la normalización de los medios técnicos de la educación, de la salud, de los transportes de personas, define en una sociedad histórica dada su manera de referir su estructura, o quizá sus estructuras, a lo que considera que es su bien propio” (ídem: 186)

Observamos entonces la normalidad dietética forma parte de la estructura social en la que nos encontramos, la visión médica, que forma parte de dicha estructura social, la ha constituido normativa, sin considerar la polaridad dinámica de la vida, donde el organismo reacciona frente a las variaciones del medio en el que vive. Podemos señalar que una de estas reacciones a las variaciones del medio sería la acumulación, el exceso, lo cual ha sido referenciada por algunos autores como una inadaptación biológica (Contreras 2002:277) frente a un entorno de abundancia, y la visión de obesidad como enfermedad, consecuencia de un incremento excesivo de la ingesta y disminución del gasto como causa específica del problema, tal como es apreciada desde la medicina. Para nuestros fines, tomaremos en cuenta que la reacción frente a las variaciones del medio en el que el sujeto vive y se desenvuelve converge en su comportamiento hacia los alimentos y la comida que se manifiestan en la imagen corporal, pero que además también son influenciados por los discursos operantes desde la biomedicina, legitimados más que otros, sobre el ideal del cuerpo, la delgadez corporal como atributo de salud conjugada con el imperativo de la belleza, moda y estética, que también toman sentido de normas, “normas sociales” como la llama Canguilhem, que han sido estipuladas por las algunas estructuras sociales lo que permite el ideario de enfermedad al ser consideradas por éstas como bien propio.

Si bien las conductas o comportamiento a los alimentos y comidas puede ser o no normal dependiendo de las estructuras sociales que así las determinan, entraríamos a cuestionar por un lado, quiénes la determinan de esta manera y por qué, el bien propio al que señala el autor se traducen a un bien de la sociedad en general o de una parte de la estructura social, y por

otro, tendríamos que cuestionar si conductas alimentarias independientemente de la normatividad impuesta deben ser catalogadas como patológicas o anormales.

Siguiendo al autor, señala la distinción entre anormal y anomalía para determinar lo patológico. La anomalía “designa un hecho, es un término descriptivo, mientras que anormal implica la referencia a un valor, es un término apreciativo, normativo” sin embargo, señala que “[...] el intercambio de procedimientos gramaticales ha provocado una colusión entre los respectivos sentidos de anomalía y anormal. Anormal se ha convertido en un concepto descriptivo y anomalía se ha convertido en un concepto normativo” en este sentido refiere que la anomalía [...]“es un hecho biológico y tiene que ser tratado como hecho, se tiene que explicar y no apreciar [...] ser anómalo en anatomía, significa alejarse por su organización de la gran mayoría de los seres con los cuales debe ser comparado [...] la anomalía considerada en general es un concepto puramente empírico o descriptivo, es una desviación estadística [...] éstas anomalías no necesariamente son patológica [...] existe la posibilidad de una anomalía compleja que no solo moleste la más mínima función sino que incluso no produzca deformidad, [...] la anomalía es ignorada en la medida que carece de expresión en el orden de los valores vitales [...] lo anómalo no es patológico. Lo patológico implica *pathos*, sentimiento directo y concreto de sufrimiento de vida contrariada” (ídem: 97-102). Considerando las reflexiones del autor, observamos conductas hacia los alimentos y la manera de comer que si bien podemos catalogar como anómalas o anormales, que salen de la normatividad, no pueden ser consideradas como patológicas, no obstante el autor refiere el alcance del término patología en términos de sufrimiento lo cual también contribuye a maximizar no solo la posición de normatividad sino de valor ante un hecho.

Canguilhem propone la ecuación entre los conceptos enfermo, patológico y anormal lo cual nos ayuda a la distinción de éstos conceptos. En este sentido y considerando anormal como anomalía, ésta se hace patente en “la multiplicidad espacial, la enfermedad se hace patente en la sucesión cronológica. Lo propio de la enfermedad consiste en venir a interrumpir un curso, en ser propiamente crítica, incluso cuando la enfermedad llega ser crónica [...] por tanto, no se está enfermo sólo con relación a los otros, sino también con relación a uno mismo” (ídem: 103). Ahora bien el autor señala que “no existe un hecho normal o patológico

en sí. La anomalía o mutación no son de por sí patológicas. Expresan otras posibles normas de vida. Si esas normas son inferiores, en cuanto a la estabilidad, fecundidad, variabilidad de la vida, con respecto a las normas específicas anteriores, se les denominará: “patológicas”. Si esas normas se revelan eventualmente, en el mismo medio ambiente como equivalentes o en otro medio ambiente como superiores, se las denominará: “normales”. Su normalidad provendrá de su normatividad. Lo patológico no es la ausencia de norma biológica, sino una norma diferente pero que ha sido comparativamente rechazada por la vida” (ídem: 108). Entendemos pues que lo patológico es otra posible norma de vida, es una norma inferior e implicaría una disfunción biológica que no permite la vida. ¿Cómo distinguir que es normal, lo patológico y la enfermedad? Según Canguilhem esta distinción se hace imprecisa “si lo normal no tiene la rigidez de un hecho de obligación colectiva sino de flexibilidad de una norma que se transforma en su relación con condiciones individuales [...] la frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa para los múltiples individuos considerados simultáneamente, pero es perfectamente precisa para un solo e idéntico individuo considerado sucesivamente, así [...] aquello que es normal –por ser normativo en condiciones dadas– puede convertirse en patológico en otra situación si se mantiene idéntico a sí mismo. El individuo es el juez de esta transformación porque es él quien la padece, en el preciso momento en que se siente inferior a las tareas que la nueva situación le propone [...] por consiguiente la enfermedad es aún una norma de vida, pero es una norma inferior en el sentido de que no tolera ninguna desviación de las condiciones en las que vale, puesto que es incapaz de transformarse en otra norma. El ser vivo enfermo está normalizado en condiciones de existencia definidas y ha perdido la capacidad normativa, la capacidad de instituir diferentes normas en condiciones diferentes” (ídem: 137-139). Consideramos que esta distinción que hace el autor nos permite comprender el comportamiento alimentario de nuestros informantes, al ser ellos mismos quienes establecen esta precisión entre lo normal y lo *patológico* en su comportamiento hacia la comida y los alimentos.

Si bien, pareciera confusa la distinción entre un hecho patológico y enfermedad, es importante señalar la diferencia que propone el autor ante estas dos nociones. La patología estrictamente corresponde a la clínica, y ésta “es inseparable de la terapéutica, la cual es una técnica de instauración o de restauración de lo normal cuyo objetivo, a saber la satisfacción subjetiva de

que una norma está instaurada, escapa a la jurisdicción del saber objetivo. No se dictan científicamente normas a la vida. Sino que la vida en esa actividad polarizada debate con el medio ambiente que se siente o no normal, ya sea que se sienta o no en posición normativa [...] su calidad de patología proviene de la técnica y por ello es de origen subjetivo. No existe patología objetiva. Se puede describir objetivamente estructuras o comportamientos, pero no por ello puede decirse de ellos que son “patológicos” refiriéndose a un criterio puramente objetivo. Objetivamente sólo se pueden definir variedades o diferencias, sin valor vital positivo o negativo” (ídem: 174). Así en la conducta alimentaria de nuestros informantes encontraremos variedades y diferencias que pueden salirse o no de la normatividad impuesta, no obstante estas no podrían ser patológicas desde ningún punto de vista y mucho menos desde el clínico. Encontramos que parte de las inconsistencias para delimitar el “trastorno de atracón” se hacen evidentes considerando lo señalado por el autor, cuando desde la medicina se trata no de describir estructuras y comportamientos sino de catalogar asignando un valor positivo o negativo, es decir establecer normas, normalizar y posteriormente tratar de restablecer una normalidad que tal vez nunca antecedió, en este sentido también podemos observar el fracaso de la medicina al tratar de “curar” a estas personas que considera “enfermos”.

Ahora bien, la definición de enfermedad, según el autor, “requiere como punto de partida la *noción* de ser individual. La enfermedad aparece cuando el organismo es modificado de tal manera que llega a reacciones catastróficas dentro del medio ambiente que le es propio [...] el enfermo está enfermo porque solo puede admitir una norma, el enfermo no es anormal por ausencia de norma sino por incapacidad de ser normativo [...] la enfermedad es una experiencia de innovación positiva del ser vivo y no sólo un hecho de disminución o de multiplicidad [...] el enfermo tiene que ser juzgado siempre con relación a la situación frente a la cual reacciona y a los instrumentos de acción que el medio ambiente propio le ofrece (ídem: 140-143). El autor señala, que en la mayoría de los casos, en un primer momento es el enfermo quien define si ha perdido su normalidad o si ha vuelto a la normalidad. En el caso del individuo enfermo, “la normalidad se define a partir de la experiencia pasada del sujeto, de modo que volver a ser normal supone recuperar una actividad interrumpida o recuperar una actividad equivalente según un criterio personal o social, aún cuando la actividad del individuo

sea menos variada, o más reducida, que la desarrollada antes de su enfermedad” (ídem: 87). Por tanto, en la determinación de lo que es enfermedad tiene mayor peso la subjetividad del enfermo y las representaciones sociales que el juicio del médico. Se trata, pues para Canguilhem, de un juicio de valor virtual. Así, la enfermedad “es un concepto de desvalorización que comprende todos los valores negativos: estar enfermo significa ser perjudicial, indeseable o socialmente desvalorizado. En contra parte, [...] la salud representa lo deseado como valores: la vida, una larga vida, la capacidad de reproducción, la capacidad de trabajo físico, la fuerza, la resistencia a la fatiga, la ausencia de dolor, un estado en el cual se note lo menos posible al cuerpo fuera del gozoso sentimiento de existencia” (ídem: 88). Para el autor, reconocer las categorías de salud, enfermedad solo pueden darse en el plano de la experiencia, así para apreciar qué es lo normal o lo patológico para el cuerpo “es necesario mirar más allá del ese mismo cuerpo” (ídem: 153).

Desde esta perspectiva, el malestar alimentario se adecua a la visión que Canguilhem tiene sobre la normalidad y la patología. Se otorga un juicio de valor ante éstos. La norma dictada desde la nutrición sería adecuarse a una normalidad dietética, dieta óptima o equilibrada – medicalización alimentaria- y a un patrón de peso corporal ideal³⁶, considerando que es así como deben ser, aunque pareciera que en nuestro contexto lo normal, en el sentido de promedio- al menos en cuanto a peso corporal, es el polo apuesto. El cuestionamiento en relación al consumo de alimentos, considerado desbordado, podría parecer que se da como parte de un dinamismo de vida actual, independientemente de la frecuencia estadística que puede marcar que tanto el peso corporal como la ingesta alimentaria excede la normalidad, la norma visualizada e impuesta desde la medicina y la nutrición. A su vez, también se muestra esta valorización negativa ante el comportamiento alimentario: comer abundantemente “atracarse” o la desvalorización social ante la obesidad, la gordura como signo de trasgresión normativa, no controlar el consumo de alimentos y todas las connotaciones que provoca la sobrealimentación en la imagen corporal documentada ampliamente (Jiménez 2008, Puhl R. 2001a, 2006; Stunkard AJ, 1998), muestra la visión operante de la medicina al considerar

³⁶ Un claro ejemplo al respecto sería el uso del Índice de Masa Corporal (IMC) que se construye con las mediciones corporales del peso y la estatura del individuo (kg/mts^2). Por medio de este índice se establece la normatividad del peso corporal por medio de puntos de corte se asigna gradientes para diagnosticar algún grado de desnutrición, obesidad y normalidad de un individuo. Por ejemplo un índice ≥ 30 de IMC significa según la OMS que se tiene un grado de obesidad. El índice constituye un valor que se generó mediante puntos de corte, pero a su vez también implica el establecimiento de un hecho, es decir, el sujeto no solo tiene un puntaje de 30 sino que esto lo convierte en un obeso, es decir a través de este índice el sujeto es identificado como obeso, el valor del puntaje es a la vez un hecho.

conductas alimentarias como enfermedad o trastornos, es decir, salen de lo normal y son consideradas patologías, desde la visión de Canguilhem, éstas últimas, las patológicas, son otra forma de norma que no permitirían la vida. El malestar alimentario y corporal permiten el funcionamiento del sujeto, sin embargo, reconocemos que en casos avanzados de anorexia encontraremos que, sí efectivamente, el deterioro físico y corporal no permiten la vida, en estos casos concretos referiríamos a una cuestión patológica. Sin embargo, el “trastorno por atracón” dista de ser patológico. Podemos encontrar comportamientos diferentes o variados que pueden acarrear problemas de sobrepeso u obesidad, estas características podrían ser consideradas o no como enfermedad, algunos las refieren como factores de riesgo que permiten o potencian el desarrollo de otro tipo de situaciones, sin embargo, la conducta en sí –comer mucho, ayunar, sentimiento de pérdida de control- características que tratan de identificar el trastorno no pueden ser vistas como patológicas.

El autor señala que la salud continúa es una norma que no se cumple, pues la salud continúa no existe. Y la enfermedad es concebida como un estado anormal con relación a la salud que desempeña el papel de norma. Por lo tanto, para apreciar qué es “lo normal o lo patológico para el cuerpo es necesario mirar más allá de ese mismo cuerpo”, esto es, “saber que ciertas actividades que se han convertido al mismo tiempo en una necesidad y en un ideal para la especie humana, nos están vedadas, significa sentirse anormal” (ídem: 153). Un individuo puede definirse como enfermo cuando se siente *inferior* a las tareas que cada situación le propone, independientemente de la transgresión de la norma. Sin embargo, no debe confundirse la enfermedad o estado patológico con la ausencia de norma pues “no hay vida sin normas, el mismo estado mórbido es una cierta manera de vivir” (ídem: 175).

Retomamos el señalamiento de Canguilhem “si un estado es normal o patológico para el cuerpo hay que ir más allá del mismo cuerpo”, incorporar este elemento nos permitirá la comprensión de cómo determinados comportamientos con la comida se convierten en una necesidad y en un ideal, lo cual no implicaría hablar de una anormalidad, más bien de cómo esta necesidad e ideal pueden expresarse en bienestar, malestar y/o conflicto en el hecho alimentario, por esto la aproximación que hace Zafra de los Trastornos Alimentarios nos viene bien, en el sentido que permite, desde nuestra visión, tratarlos no como enfermedad, como

trastorno o patología sino como estados alimentarios. Expresando, además, lo que estos puedan provocar en el cuerpo y más allá del mismo cuerpo, las sensaciones, los imaginarios y simbologías que la alimentación evoque.

Consideramos pertinente involucrar la experiencia de sujetos que independientemente de que tuviesen un diagnóstico clínico que los etiquetara como enfermos del “trastorno de atracón”, es el sujeto mismo que definirá su estado, justamente cuando “siente inferior a las tareas que cada situación le propone”. Es decir, habrá individuos que no tengan ningún problema con su manera de comer, ésta no desemboca en conflicto, aún teniendo sobrepeso u obesidad, pero habrá otros que su manera de comer o su imagen corporal resulte conflictiva y consideren que no pueden enfrentar *las situaciones que se proponen*, encontrar trabajo, pareja, estudiar, y además asignen este “sentirse inferior” a su comportamiento alimentario.

La determinación de enfermedad en este trabajo vista como malestar, conflicto u obsesión alimentaria, tendría mayor peso la subjetividad del sujeto influenciado por las representaciones sociales que a su vez confluyen con el discurso médico, estableciendo como normativo determinadas formas de alimentarse. Esperaríamos, entonces, que fuesen los sujetos quienes definan su conducta alimentaria, considerando las representaciones sociales atribuidas a la obesidad y la percepción corporal, más que el juicio médico que diagnostica como síntomas de enfermedad la pérdida de control, sentimiento de culpa por consumo abundante de alimentos, insatisfacción por la imagen corporal y deseo por la delgadez.

Enfermedad, padecimiento y malestar

El campo de estudio de la antropología médica investiga acerca de cómo las personas en diferentes culturas y grupos sociales se explican a sí mismos los padecimientos o enfermedades y siguen algún tipo de tratamiento para sanarse, también estudia la manera en que las personas relacionan sus creencias y prácticas sociales con aspectos biológicos y psicológicos, y cómo esta relación explicativa que se hacen de sí mismos les hace vivir como sanos o enfermos (Helman, 2007). La antropología médica posibilita incorporar los aspectos socioculturales y redimensionar las enfermedades al estudiarlas desde la noción de

malestar y padecimiento. Así desde las ciencias sociales y la antropología médica se utiliza como marco explicativo los conceptos de *illness*, *disease* y *sickness* (padecimiento, enfermedad y malestar). Estos conceptos y la discusión teórica han sido desarrollados ampliamente por varios autores (Kleinman 1978, Young 1975, Eisenber 1985 y Good 1994).

La enfermedad (*Disease*) refiere a la anormalidad en la estructura y función de un órgano o sistemas de órganos. Estaríamos hablando de patologías orgánicas y anormalidades (Young, 1994). Las cuales correspondería al campo del modelo biomédico y que se ajustan a la definición que hace Canguilhem de patología. Este concepto entonces alude a los saberes del médico o profesional de la salud, respecto de su forma de concebir la enfermedad; esta percepción también está construida alrededor de un cuerpo teórico y técnico que clasifica el padecer del enfermo. En otras palabras, la categoría *disease* se enfoca a la recuperación del punto de vista del profesional respecto del padecer del sujeto. En este sentido, el punto de vista del curador proporciona otro modelo explicativo diferente al marco de explicación desde el cual el sujeto opina, éste lo haría desde su marco interior, desde su experiencia del padecer.

El padecimiento (*illness*) refiere a la percepción de una persona y sus experiencias de ciertos estados de desvaloración social, que no se limitan a una enfermedad desde la visión biomédica (*Disease*), es decir, se hace referencia a la intención de recuperar la experiencia humana de los síntomas y del sufrimiento; la forma en que el enfermo y los miembros de su familia y red social, perciben, viven y responden a sus síntomas y a sus discapacidades (Young, 1994). Mirar la enfermedad desde la concepción de *illness* permite reconstruir los saberes populares y contrastarlos con los planteados desde la biomedicina; también proporcionan la visión cultural del fenómeno estudiado y remite a explicaciones validadas por la reconstrucción del discurso de la persona (Kleinman A., 1988). Para Fitzpatrick (1990) el padecimiento es una interpretación subjetiva de problemas que se consideran relacionados con la salud, para Kleinman (1988), Eisenberg (1990) y Good (1994) es considerada como la experiencia humana de la enfermedad.

El malestar (*sickness*), según Young es tratado no como un término general que etiqueta eventos que involucran enfermedad y/o padecimientos sino como el proceso a través del cual la conducta del individuos sobre su padecimiento y los signos biológicos originados por patologías que toman significado social. Es decir, como un proceso de socialización de la salud y la enfermedad, estaríamos aludiendo al “proceso a través del cual la conducta que expresa el padecer (*illness*) y los signos biológicos, particularmente aquéllos originados en la enfermedad (*disease*), confieren significados socialmente reconocibles, los cuales son integrados en síntomas y resultados que son socialmente significantes” (Young A., 1982:270).

En nuestro caso nos adecuaremos al concepto de **padecimiento** (*illness*), donde pretendemos incorporar las representaciones de un grupo de personas entorno a su experiencia en estados de desvaloración social, que desde la perspectiva médica son considerados patologías.

Representaciones y prácticas

En este sentido cabe incorporar los **concepto de representaciones y prácticas**, que el sujeto tenga entorno a su comportamiento alimentario. A principios del siglo XX Emilio Durkheim (1898) utilizó el término de representación colectiva para referirse al papel de la norma social y su influencia determinante sobre las prácticas de las personas. Para este autor, las representaciones colectivas son hecho sociales que se imponen con fuerza coercitiva a los individuos. En la segunda mitad del siglo, desde la psicología social, Moscovici (1986) retomó la noción de representación social e impuso el desarrollo de un abordaje teórico que ampliaba su contenido al concebirlo como proceso activo. Para Moscovici, las representaciones son el resultado de un permanente e incesante diálogo entre dos individuos, un diálogo que es interno y externo; es un proceso en que los seres humanos como pensadores activos repiten o complementan representaciones individuales. Lo social de las representaciones se refiere a la creación que los individuos hacen sobre un universo mental y tangible (citado en Rocha 1995)

En la misma corriente teórica y disciplinaria, Denise Jodelet (1999) señala que “las representaciones sociales son fenómenos que se presentan en formas variadas, más o menos complejas; son imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con los que tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. La noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersectan lo psicológico y lo social ya que el acto de representar es sustituir a, estar en lugar de, es decir, es el representante mental de algo: objeto, persona, acontecimiento, idea, etc., por lo que la representación está relacionada con el símbolo, el signo, el significado” (ídem: 474)

De acuerdo con la autora representar es hacer presente en la mente, en la conciencia, es decir, reproducir en la mente otra cosa, una persona, un objeto, un acontecimiento (material o psíquico) que por lo general restituye simbólicamente algo que está ausente, por lo que fusiona al objeto tal como lo percibe el sujeto y al concepto que tiene del mismo y a su carácter de imagen. La representación mental, social, conlleva siempre este carácter significativo para los sujetos, no sólo restituye un símbolo de algo ausente, sino que puede restituir lo presente o lo pasado, de manera que aparezca la interpretación de quien la formula, no se trata de una reproducción sino de una nueva construcción que conlleva en la comunicación cierta autonomía y creación individual y colectiva (Jodelet 1999, 475-476). En la discusión interna de la psicología social, la autora señala que esto niega el carácter de representación como mero reflejo del mundo exterior o como huella que se imprime o integra de manera mecánica en los individuos. Esto implica que siempre hay una parte de construcción y reconstrucción del acto de representar, de manera que el individuo, en tanto sujeto social, tiene un papel activo en la construcción de la realidad, pero siempre parte de las representaciones que circulan en la sociedad y están en continuo diálogo y relación.

Retomando estas reflexiones podemos señalar el beneficio al incorporar las representaciones sociales entorno al comportamiento alimentario, porque nos permite vincular la parte psicológica y social de éste hecho. La representación de la alimentación nos remite a la expresión de los contenidos y significados que son restituidos simbólicamente por algo

ausente, pasado o presente, pensado como aquellos hechos o hábitos alimentarios instituidos en la infancia o situaciones presentes o pasadas de vida que motiven el consumo alimentario. De esta forma nos acercamos a la representación psicológica e individual que provocan determinados malestares alimentarios. La representación de bienestar, malestar o conflicto alimentario se significan y toma sentido permitiendo la sustitución que evocaría estar en un lugar o la suplencia de algo, por ejemplo vivencias en la infancia, el vínculo entre personas, acontecimientos, alimentos específicos, etc. A su vez, la representación con lleva una concepción social, es decir, toma las representaciones que circulan en la sociedad –discursos médico, estético, alimentario- para de esta manera construir el ideario y la realidad que estas personas tienen de sí, de su manera y forma en que se relacionan con la comida, así como su manera de percibir su corporeidad.

El abordaje del concepto de representación social ha sido trabajado por la antropología social basada en la articulación de la representación y práctica de manera articulada para comprender los saberes como sistemas de sentido para pensar y actuar sobre la enfermedad (Menéndez y Di Pardo, 1996, Osorio 2001). En nuestro caso, entendiendo la enfermedad/patología desde la perspectiva descrita por Canguilhem, incluyendo el concepto de padecimiento recuperado por Young y tomando la definición alterna de malestares alimentarios, consideramos pertinente tomar en cuenta la articulación propuesta entre representación y práctica por estos autores. Osorio define las representaciones como “un sistema de nociones, conocimientos, creencias, actitudes, imágenes y valores elaborados y compartidos socialmente, que constituyen una determinada manera de designar la realidad, aprenderla e interpretarla, de manera que modela sus modelos de acción y moldea sus experiencias desde los significados compartidos”. La misma autora define, en consecuencia, las prácticas sociales como conductas y acciones cotidianas o eventuales que los conjuntos sociales llevan a cabo en distintas esferas de lo social (Osorio, 1994a:8), y señala que el sistema de representación se encuentra en permanente retroalimentación, las cuales pueden ser producidas y transformadas a partir de la experiencia y el aprendizaje (Osorio, 2001:15)

Así, al hablar de representaciones alimentarias en este trabajo haremos referencia a las nociones, conceptos, conocimiento, ideas, imágenes, simbologías, creencias, percepciones y

actitudes que tienen distintos actores sobre su experiencia alimentaria, es decir, la constitución de una determinada manera de designar su realidad, aprehenderla e interpretarla al transitar por diversos estados alimentarios, malestar, conflicto o bienestar, e incorporar de manera articulada las prácticas alimentarias nos permitirá visualizar como éstas forman parte de la producción y transformación obtenidas a través de la experiencia, que se da en torno a las costumbres, hábitos alimentarios y el aprendizaje de ideas o discurso proveniente de diversas esferas de lo social.

Socialización alimentaria

Pensamos que la interiorización de determinadas conductas se origina desde diferentes ámbitos que incluye la emergencia de aspectos subjetivos y socioculturales. Al hacer referencia a las diferentes esferas de lo social, referimos a la relación que se genera del sujeto vinculado con el otro, del continuo dialogo entre sujetos inmersos en distintos contextos. Por tanto, los comportamientos aprendidos o reproducidos en torno a los alimentos proponemos entenderlos a partir del enfoque dinámico de los procesos de **socialización alimentaria**, para la cual retomaremos los conceptos trabajados por Berger y Luckman (2008) sobre la **internalización de la realidad** que involucra la socialización primaria y secundaria. Éstos nos permitirán comprender, por un lado, cómo se interiorizan determinadas conductas que encuentran base sólida en la infancia por los vínculos emocionales que se generan y que permiten la aprehensión y entendimiento de una determinada realidad dada, y que posteriormente, pueden o no, complementarse al incorporar otras realidades u otros “submundos que forman parte del continuo proceso dialéctico de las sociedades” (ídem: 161).

Berger y Luckmann definen la internalización como la aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos de otro que, en consecuencia, se vuelven subjetivamente significativos para mí (ídem: 162-163). Retomaremos esta conceptualización sobre la internalización aplicados al entendimiento de los malestares alimentarios. El comportamiento alimentario se muestra como un acontecimiento objetivo que se aprende desde la infancia y que toma significado, porque involucra la relación con los *otros*

significantes y se efectúa en circunstancias de enorme carga emocional. La internalización de un comportamiento alimentario, sea cual fuese, se producirá como parte de la identificación en la aceptación de los roles y actitudes al ser apropiados y asumidos. La concepción de realidad, bienestar, malestar o conflicto alimentarios, se cristaliza subjetivamente en el proceso de internalización. “Tomando contenidos específicos que imperan en la sociedad, sea como proceso primario o como parte de la adquisición de conocimiento específico de roles, que implicaría la internalización de campos semánticos que estructuran interpretaciones y comportamientos de rutina dentro de un área institucional” (ídem: 173) Así interiorizar un determinado comportamiento implicaría aprehender una realidad en la infancia o incorporar nuevos contenidos que subjetivamente constituyen la vida entera, la realidad e identidad del sujeto.

Formas de atención: la autoatención y los grupos de grupos de autoayuda

Menéndez plantea que desde las sociedades se generaran no sólo los padecimientos sino también las formas de atención. Estas formas de atención son dadas por los conjuntos sociales, los cuales necesitan producir y reproducir representaciones y prácticas. Además del reconocimiento de enfermedades, este reconocimiento necesario para la reproducción biosocial. Por lo tanto se construyen procesos estructurales, no sólo de representaciones y prácticas sino que se organiza un saber para hacer frente a la enfermedad (Menéndez, 2005a).

Desde la antropología las formas de atención de los padecimientos “se refieren no sólo a las actividades de tipo biomédico sino a todas las formas de atención que intencionalmente buscan prevenir, dar tratamiento, controlar aliviar y/o curar un padecimiento” (ídem: 34). Menéndez plantea una clasificación de cinco categorías, que pueden ampliarse y/o modificarse, como formas de atención utilizadas; formas de atención de tipo biomédico, de tipo popular y tradicional (incluye papel curativo de santos o actividades curativas a través de grupos religiosos), de atención alternativa, de atención devenida de otras tradiciones médicas académicas (acupuntura, medicina tradicional china, ayurvédica) y formas de atención centradas en la autoayuda. Esta clasificación no supone considerar aisladas o estáticas sino

como procesos dinámicos. Ya que estas funcionan en términos de exclusión pero también de articulación entre dos formas de atención. Esta dinámica, según el autor, opera en dos niveles, la primera, a través de la relación establecida entre las diversas formas de atención a partir de los operadores curadores. El segundo nivel opera a través de la integración de dos o más formas de atención por los sujetos o grupos (ídem: 39-40)

El acento, entonces, lo colocamos en las formas de atención que son integradas por los sujetos o grupos. Una de las formas básicas de atención han sido las respuestas de autoatención de la enfermedad de los conjuntos sociales, las cuales son estructuradas en base a la experiencia y el aprendizaje social, y están basadas en “el diagnóstico y atención/prevención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios y en la que no interviene directamente un curador profesional” (Menéndez, 1990c: 89). Dean, define la autoatención como “el comportamiento individual relacionado con el reconocimiento y evaluación de los síntomas, y con las decisiones que tienen que ver con las respuestas a los síntomas, incluyendo decisiones de no hacer nada, de tratar los síntomas con acciones determinadas por los mismos actores o de buscar consejo respecto al tratamiento” (Dean, 1986: 276).

Menéndez la define como “las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales” (Menéndez, 2005a: 54). Las formas de autoatención las presenta en dos niveles uno amplio y otro restringido. El primero opera a nivel del grupo doméstico para asegurar la reproducción biosocial y son utilizadas a partir de objetivos y normas establecidas por la propia cultura del grupo (actividades de atención y prevención de padecimientos así como actividades de preparación de alimentos, higiene, etc.) este nivel refiere a micro grupos, como es el grupo doméstico, el grupo de trabajo, etc. La segunda remite a representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso s/e/a. (ídem: 55)

Según este autor, el núcleo de la existencia y continuidad de la autoatención se refiere a la frecuencia de padecimientos agudos de muy diferentes tipos a la existencia e incremento de enfermedades crónicas físicas y mentales y la búsqueda de estimulaciones psicofísicas con diferentes objetivos. “La autoatención es la primera actividad, casi siempre, que el micro grupo realiza con respecto a los padecimientos detectados y esa actividad no incluye de entra ningún curador profesional. La decisión de consultar a los curadores profesionales se hace a partir de determinados saberes y experiencias que van a determinar la relación curador/paciente. El sujeto o grupo puede consultar uno o más curadores y servicios, de aquí que no debe considerarse la autoatención no es aislada ni autónoma sino un proceso transaccional entre éstos y las diferentes formas de atención”. Es decir, “existe una articulación dada entre los procesos de autocuidado por parte de los sujetos y por los diferentes curadores que son consultados. La autoatención entonces no solo es transaccional sino también parte de un proceso” (ídem: 60)

El incorporar la noción de autoatención ante determinados malestares alimentarios nos permitiría describir y analizar las representaciones y prácticas, en un segundo nivel, tal como lo refiere Menéndez, que los sujetos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios sin la intervención central de curadores profesionales. Considerando esta forma de atención –la autoatención- no de forma aislada sino como parte de un proceso. Entendiendo este proceso desde la noción de padecimiento, lo cual permitirá analizar las formas en que se reconocen los síntomas, las decisiones que se toman en respuesta a estos síntomas, qué acciones son tomadas y de qué manera pueden influir estas decisiones en la aprehensión e internalización de “otras realidades”, es decir en la internalización de comportamientos considerados inadecuados.

Partiendo de lo anterior, una de los espacios donde se materializan las formas de autoatención y no interviene directamente un curador profesional son los grupos de autoayuda. En el siglo XX, en los años 60, surgieron movimientos centrados en la autogestión, que aspiraban a recuperar ciertos grados de control en todos los niveles de la vida cotidiana. Entre ellos, algunos campos de la actividad humana. Uno de estos campos fue

el de las actividades terapéuticas en salud mental, en donde las investigaciones descubrieron el poder de las comunidades terapéuticas basadas en redes de pares, en los que las relaciones eran horizontales y donde no intervenían terapeutas profesionales. (Sánchez 2007). Katz y Bender han estudiado estas comunidades a las que definen como “pequeñas estructuras grupales voluntarias para la ayuda mutua en el logro de un propósito especial. Generalmente se forman por pares que se unen para apoyarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, sobreponerse a una discapacidad o a algún problema y procurar un cambio deseado, social o personal” (Katz, 1981: 135-36). En sus estudios han identificado algunos rasgos característicos de los grupos de autoayuda, tales como el énfasis que se da a las interacciones sociales cara a cara, y un ideal de participación democrática.

Estos grupos empiezan a tener presencia con el surgimiento de los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) en Estados Unidos, en 1935. En México, éstos se crearon en los años 40 con población angloparlante (Menéndez, 1990c). Posteriormente en los años 70 emergen asociaciones de personas con diversos problemas o circunstancias de enfermedad como Alzheimer, Parkinson, mujeres maltratadas, drogadictos, familiares de enfermos mentales, con cáncer, diabéticos, etc., Algunas de estas agrupaciones han toman como modelo las directrices de AA, por ejemplo los neuróticos, drogadictos y comedores o tragones anónimos.

En México encontramos dos grupos encaminados a tratar los “trastornos alimentarios” desde la perspectiva de autoayuda. Los Tragones Anónimos (TA) y los grupos de Comedores Compulsivos Anónimos (CCA), los primeros fueron creados hace 23 años, se fundaron en Durango y tiene asociaciones 9 estados de la republica. La segunda, pertenecen a una agrupación internacional concebida en 1960 en los Ángeles California en los Estado Unidos bajo el nombre de Overeaters Anonymous (OA por sus siglas en ingles y traducido como Comedores Compulsivos Anónimos) con una filial en la ciudad de México que opera desde 1982 donde se coordinan a los grupos locales que se encuentran en 24 estados de la Republica mexicana. Estos grupos mantienen sus límites con el personal biomédico y son gestionados por los mismos miembros. Sin embargo, aún en instancias médicas, tanto públicas y como privadas, también se incluye los grupos de autoayuda como parte de la terapéutica y éstos son dirigidos o instaurados por clínicos.

Metodología de la investigación

La propuesta metodológica pretende indagar las representaciones sociales en torno a la configuración de un comportamiento alimentario concebido como conflictivo y/o patológico y la influencia del discurso médico en dichas representaciones. Para dar cuenta de esta situación se propuso inicialmente trabajar con personas que reconocieran padecer el trastorno por atracón, independientemente de tener o no un diagnóstico clínico. Los grupos de autoayuda cumplen con estas características. Además uno de mis presupuestos iniciales que motivó la inclusión de los grupos de autoayuda, se fundamentaba en el interés personal de profundizar en el por qué y cómo de la organización de colectivos sociales ante determinados padecimientos, al mismo tiempo me permitiría aproximarme a la manera en que se aborda este problema por parte de las personas que participan en estos grupos y en su caso conocer si en ello se recupera la perspectiva de tratar como si fuera una enfermedad a la manera de comer, así como reconocer como enfermos a quienes participan de estos grupos, a partir de identificar un problema con la comida, que los lleva a buscar esta opción como alternativa para afrontar su problema.

Así, pensar trabajar con los grupos incluía, por un lado, encontrar sujetos que se congregan a fin de ayudarse mutuamente en el logro de un propósito específico: tratar el “trastorno por atracón” sin contar con la intervención de terapeutas profesionales –clínicos, nutricionistas o médicos-, y por otro, asumía como parte de mis presupuestos personales, que éstos no tendrían una influencia directa de la perspectiva médica-nutricional, es decir, el comer y sus formas no sería concebido necesariamente como patológico.

Posteriormente, en el transcurso de la investigación fue necesario incluir a personas que consideraban tener problemas con su manera de comer pero que no representara, para ellos, padecer un “trastorno alimentario”, más adelante justificamos lo que motivó esta inclusión. Por otro lado, también era indispensable incluir la visión médica-nutricional respecto a estos padecimientos, a fin de identificar las dificultades que trae consigo la propia definición del “trastorno” entre los clínicos.

En este sentido, la búsqueda de informantes nos remitió básicamente a tres instancias que brindan servicios para la atención de los problemas denominados como Trastornos de la Conducta Alimentaria y donde podríamos encontrar personas que reconocían padecer el trastorno por atracón. Los grupos autodenominados “anónimos” de ayuda mutua y determinadas asociaciones públicas y privadas³⁷, que también tienen un componente de autoayuda como parte de su terapéutica. El interés de trabajar con los grupos de autoayuda obedeció al hecho que estos colectivos asumen la problemática alimentaria, sin contar con un diagnóstico clínico concreto, como se mencionó anteriormente, se asume dicha problemática a partir del reconocimiento propio a través de un autodiagnóstico en función de ciertos criterios clínicos, tomados del DSM-IV. El listado de criterios trata de auto-diagnosticar la conducta compulsiva según algunos aspectos señalados en el DSM-IV. Este listado³⁸ está constituido por 15 preguntas que tiene como opciones de respuesta sí o no. Las instrucciones señalan que sí se contesta afirmativamente a tres o más preguntas sugieren un posible problema de compulsión alimentaria o en vías de desarrollarlo. Difieren del DSM-VI en tanto no se evalúa claramente el atracón ni la frecuencia con que se da éste.

Aunque, también, se buscó incorporar personas que hubieran sido diagnosticadas y/o tratadas en el Instituto Nacional de la Nutrición o bien en el Instituto Nacional de Psiquiatría, sin embargo en ambas instituciones los protocolos y tiempos propios no permitieron continuar y esperar para la incorporación de probables informantes. Incluir informantes que derivaran de las instituciones médicas nos ayudaría a distinguir las diferencias en la apropiación de la problemática alimentaria al asumirse ésta como una conducta anómala por la aproximación realizada por los sujetos a la terapéutica biomédica, que de entrada determina clínicamente un trastorno alimentario a diferencia de los grupos de ayuda mutua, no obstante, no logramos concretar esta posibilidad, por tanto se trabajó solamente con los grupos de autoayuda con carácter de anónimos y autónomos.

³⁷ La búsqueda en una clínica privada a donde fui referenciada tampoco arrojó resultados favorables y se descartó esta posibilidad.

³⁸ Ver anexo

La inclusión de informantes de los grupos contó con los siguientes criterios: 1) personas que asistieran a grupos de autoayuda para tratar los problemas alimentarios, 2) que consideraran tener problemas con la manera de comer o padecer el trastorno por atracón, 3) que residieran en la ciudad de Cuernavaca³⁹, 4) que tuvieran un año o más participando en el grupo y 5) que aceptaran ser entrevistados. Sin embargo, en la práctica no incluí el criterio número 4 debido a que el número de miembros era limitado (en uno de los grupos contaban con 10 miembros activos). Logré solamente trabajar con 6 informantes de manera individual, de los cuales, dos tenían menos de un año participando en el grupo. Un segundo grupo sólo contaba con tres integrantes y sólo una tenía más de 13 años como miembro de la asociación.

De esta manera se obtuvo información de dos grupos de autoayuda, Comedores Compulsivos Anónimos (CCA) y Tragones Anónimos (TA), que trabajan la problemática alimentaria utilizando el programa de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos modificando la situación del alcohol por la vinculación con la comida. El primer grupo pertenece a una agrupación internacional concebida en 1960 en los Ángeles California en los Estado Unidos bajo el nombre de Overeaters Anonymous con una filial en la ciudad de México que opera desde 1982 donde se coordinan a los grupos locales que se encuentran en 24 estados de la republica mexicana⁴⁰. En el estado de Morelos en 2007 estaban operando dos agrupaciones según el directorio de la coordinación general. En la práctica sólo estaba funcionando uno. En el transcurso de la investigación trabajé con el grupo de TA que se creó a mediados de julio del 2009 y estaba conformado por tres miembros. La apertura de dicho grupo fue apadrinada en el mes de agosto de 2009 por un grupo de Torreón, la fundadora había participado en éste por más de diez años.

El grupo de Tragones Anónimos a diferencia del grupo de Comedores Compulsivos Anónimos, no están afiliados a la organización de Overeates Anonymous (OA) y tienen sus propios lineamientos en cuanto a la terapéutica empleada. El grupo de Tragones Anónimos fue creado hace 23 años en la ciudad de Durango, con influencia de los grupos OA pero

³⁹ Trabajar en la ciudad de Cuernavaca obedeció a intereses y cuestiones personales que me impedían realizar trabajo de campo en otra ciudad.

⁴⁰ Baja California norte, Baja California sur, Coahuila, Chihuahua, Chiapas, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Guerrero, Nayarit, Nuevo León, Morelos, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Zacatecas, Yucatán

tomando otros lineamientos en su dinámica grupal, que señalaremos más adelante, tiene filiales solamente en siete estados del norte del país⁴¹

La importancia de incorporar este grupo obedeció al hecho de que utilizan otra terapéutica para afrontar la problemática alimentaria. El grupo CCA trabaja con lo que llaman “terapia de reflejo” donde enfocan su terapéutica al espacio que ofrece la tribuna donde por medio de la catarsis no sólo se descubren como “comedores compulsivos” o “enfermos” sino también logran verbalizar su problemática emocional que es la que los lleva a perder el control alimentario. Orientan la terapia en el trabajo de las emociones, una vez controladas las emociones, se controlará el problema alimentario. El grupo de TA focaliza su terapia en un plan alimentario de 1500 calorías y aunque también cuentan con la tribuna como espacio para “regalar” las emociones, éstas aparecen en segundo plano. La terapéutica se centra en seguir el plan alimentario.

Por otro lado, también era indispensable incorporar informantes que reconocieran tener problemas alimentarios, pero que aún no tuviesen concretada la idea de padecer un trastorno alimentario. Si bien habíamos partido de trabajar con el trastorno asumiéndolo como entidad nosológica definida planteamos distanciarnos de esta perspectiva y focalizar e identificar de qué manera se construye la concepción de problema alimentario y desde qué enfoque se recuperan estas nociones. El buscar dentro del grupo o en las instituciones médicas, hasta cierto punto, era evidente que encontraríamos informantes que ya consideraban tener un problema, de hecho era uno de nuestros criterios de inclusión. Y aunque logramos explorar de qué manera fue gestándose en ellos esta idea, evidenciamos que había un discurso del grupo que atravesaba la problemática y que agregaba un peso sustantivo a concebir el comportamiento alimentario como patológico. En un análisis preliminar identificamos que la problemática alimentaria pasaba por el discurso del grupo, es decir, en el grupo se generaba y potencializaba una obsesión patológica con la manera de comer, con los alimentos, con la alimentación en sí.

⁴¹ Coahuila, Jalisco, Colima, Nuevo León, Zacatecas, Aguascalientes, Sinaloa y Chihuahua.

Como se mencionó anteriormente, se pensaba trabajar con informantes que tuviesen más de un año de antigüedad dentro del grupo, con la idea de que la permanencia se asociaba al conocimiento del tratamiento empleado. Dada la composición del grupo incluí cuatro informantes que tenían menos de este tiempo, lo que permitió dar cuenta del conflicto que ocasionaba el tener que asumirse enfermo para pertenecer a la asociación.

En un análisis preliminar, se observó cómo los grupos eran generadores de la enfermedad, identifiqué que los informantes no llegaban al grupo queriendo atender una enfermedad, es decir, ellos no se consideraban enfermos, no se asumían como tales y no recurrían al grupo para atender la enfermedad, encontré en cambio, que los miembros tenían que asumirse como enfermos sin contar con un diagnóstico médico concreto o en ocasiones sin estar convencidos de tener una enfermedad. Antes de llegar a esta posición los informantes podrían asumir un problema con su manera de comer o inconformidad con su imagen corporal, pero para asegurar su permanencia en el grupo tenían forzosamente que asumirse enfermos incurables, su pertenencia consistía en reconocerse “comedor compulsivo” o padecer “tragonismo”, dependiendo del grupo.

A partir de estos hallazgos, la estrategia metodológica consistió en buscar otro tipo de informantes que no tuvieran la influencia del grupo. Hasta cierto punto era evidente que la estancia en éstos nos remitía a encontrar informantes que ya consideraban tener una patología o estuviesen encaminados a asumirla.

Esto nos llevó a la búsqueda de nuevos informantes, los cuáles no tenían que derivarse de los grupos de autoayuda. La estrategia metodológica que empleamos fue buscar y diversificar nuestros informantes partiendo de identificar a aquellos que refirieran problemas con la alimentación y su manera de comer e indagar si este comportamiento se percibía como patológico y desde dónde se recuperaban estas nociones. Esta diversificación de informantes, también, incluyó considerar la visión clínica respecto al *problema*. La revisión bibliográfica mostraba las dificultades desde el colectivo médico para definir la noción de trastorno. El incorporar la perspectiva clínica nos ayudaría a constatar empíricamente lo revisado. Además

de darnos pauta de cómo son comprendidos, exteriorizados, difundidos y tratados los “trastornos alimentarios” desde los clínicos.

Los informantes que no provenían de los grupos de autoayuda fueron contactados a través de una clínica privada llamada Clínica de obesidad y enfermedades metabólicas (COEM) que se dedica a tratar a pacientes con trastornos alimentarios, sobrepeso, obesidad y problemas metabólicos, además de proporcionar otros servicios de spa, dermatología dirigida al control y cuidado a la salud. El contacto para continuar la investigación en COEM fue a través de una nutrióloga y una psicóloga quienes me proporcionaron un listado de posibles informantes. Estas mujeres, previamente, habían participado en un proyecto de investigación coordinado con el Instituto de Salud Pública que inició en el mes de enero y concluyó en diciembre del 2009. Se hizo una invitación abierta utilizando medios de comunicación masiva para invitar a la población a participar en este estudio. El cual consistía en dar tratamiento nutricional, psicológico y médico a las pacientes. Los criterios de inclusión para participar en este proyecto fueron: mujeres que tuvieran problemas metabólicos, es decir, un perfil de lípidos alterado ya sea colesterol o triglicéridos, además del sobrepeso y que no tuvieran diagnóstico de depresión severa. El tratamiento consistió en dar un plan de alimentos, además de talleres motivacionales para la adherencia a la dieta así como control médico que consistió en análisis de laboratorio para verificar el efecto de la dieta en los niveles séricos de triglicéridos y presión arterial.

La psicóloga me proporcionó un listado de 15 mujeres con un promedio de edad de 42 años. Estas mujeres fueron recomendadas por ser participativas, se consideraba que todas tenían problemática con comida, pero ninguna fue diagnosticada con un trastorno alimentario y la recomendación se daba por haber tenido buena participación en el proyecto.

De esta manera nuestras fuentes de información derivaron de dos grupos de autoayuda y una clínica privada donde las informantes no eran diagnosticadas con un trastorno alimentario sino con problemas de sobrepeso y obesidad, lo cual nos permitió explorar el porqué de ese sobrepeso, la relación con la conducta alimentaria, si la comida o los alimentos se perciben como problema, hasta qué grado y si puede concebirse cómo patológica sin tener la influencia

del discurso del grupo de autoayuda. Si bien estás mujeres son referidas de un contexto médico, no son consideradas desde ésta perspectiva como enfermas de un trastorno de la conducta alimentaria, sin embargo, sí asumen un problema relacionado tanto con la comida como con la imagen corporal. Indagar sus representaciones sobre estas dos dimensiones nos aproximó a dar cuenta hasta qué grado pueden afectarlas.

El acercamiento a la perspectiva clínica, se efectuó a través de entrevistas semi-estructuradas a nutricionistas, psicólogos y médicos generales de instancias públicas relevantes en la ciudad de Cuernavaca. Éstas fueron los dos hospitales del IMSS e ISSSTE así como un médico general, una psicóloga y cuatro nutrióloga que laboraban en el proyecto en la clínica privada.

Tabla 2. Informantes que participaron en la investigación

| Grupos de autoayuda | | Clínica privada | Personal médico* |
|--|------------------------|-----------------|--------------------|
| Comedores compulsivos Anónimos (CCA) | Tragones Anónimos (TA) | Informantes | |
| Seudónimo (Número de entrevistas realizadas) | | | |
| Romina (3) | Gardenia (5) | Andrea (2) | Nutrióloga (6) |
| Nadia (5) | María (3) | Juliana (2) | Psicóloga (1) |
| Gladis (5) | Yaris (1) | Rosa (1) | Médico general (1) |
| Martha (3) | | Valeria (2) | |
| Pedro (1) | | Yara (1) | |
| María (2) | | | |

*Fuente: Entrevistas semi-estructurada. Morelos, 2010.

Descripción del trabajo de campo

Inicie el trabajo de campo a finales del mes de agosto del 2008 contactando los dos grupos de los cuales tenía antecedentes. En ese tiempo, solo estaba funcionando uno de ellos pertenecientes a la agrupación de CCA. No me permitieron permanecer en las sesiones por la cuestión del anonimato, por tanto se optó por trabajar de manera individual con los miembros de los grupos. Encontré a una persona que conocía con anterioridad, esto generó más

confianza con los integrantes del grupo. Gracias a este contacto logré presenciar la dinámica del grupo así como algunas juntas administrativas y de organización. También dio pauta a que otros miembros decidieran participar en la investigación de manera personal.

El grupo de CCA se reunía tres veces por semana, los lunes, miércoles y jueves por las tardes. Iniciaban sus sesiones a las 6:30 para finalizarlas a las 8:00 p.m. El primer mes que tuve oportunidad de presenciar las sesiones grupales asistí dos veces por semana. En estas sesiones observé el funcionamiento del grupo, cómo inician las juntas, las lecturas que utilizan, me proporcionaron material, folletos, libros que usan como literatura. Presencié el uso de la tribuna, que es un espacio donde se realiza la catarsis, donde cada uno de los miembros tiene derecho hacer uso de la misma. Debido a que la convocatoria era baja, tenían tiempo para extenderse en este espacio. Tuve oportunidad de presenciar y observar las dificultades administrativas y problemática que se generaba dentro del grupo, preocupación de la baja de miembros, la poca participación de los mismos en las sesiones, así como las personalidades de varios miembros del grupo que se contraponían para la toma de decisiones para organización del grupo.

Contacté un espacio para realizar las entrevistas, inicialmente citaba a mis informantes en algún café, restaurante o jardín, sin embargo ellas solicitaban un espacio más privado donde no hubiese tantas interrupciones y tuvieran confianza de hablar abiertamente, por tanto renté un consultorio por horas en una clínica donde se proporcionaba tratamiento psicológico. El espacio era acogedor y favoreció la profundidad para las entrevistas.

Debido a que el anonimato es parte de las políticas de estas asociaciones, se trabajó de manera individual con los integrantes del grupo. Inicié con dos informantes quienes a través de la técnica de “bola de nieve” me permitieron contactar con cinco informantes más.

En este grupo realicé un total de 19 entrevistas con las 5 informantes: con Gladis 5, con Martha 3, con Romina 3, con Nadia 5, con María 2, con Pedro 1. El promedio de tiempo por entrevista fue tres horas. Las entrevistas fueron grabadas y exceptuando 2 entrevistas con Gladis y Romina y 1 con María donde inicialmente no me permitieron grabar.

En el mes de noviembre conocí a una informante, la nombré con el seudónimo de Gardenia, buscaba afiliarse al grupo de CCA. Sin embargo, no le agradó la dinámica del grupo y sólo asistió a una junta. A Gardenia la contacté también por la técnica de bola de nieve ya que una de las informantes del grupo CCA me comentó de su llegada al grupo. Gardenia ha militado en un grupo denominado Tragones Anónimos por más de 9 años. Esta asociación se fundó en Durango en septiembre del 1983 donde se ubica el grupo matriz y ella inauguró el grupo en Cuernavaca en 2009.

Gardenia no participó ni se incorporó al grupo de CCA, la entrevisté inicialmente en noviembre del 2008, sin embargo se encontraba en depresión severa que fue diagnosticada clínicamente y bajo tratamiento médico, debido en parte a su cambio de residencia de la ciudad de Torreón a la ciudad de Cuernavaca. No logré contactarla nuevamente hasta marzo del 2009. En el mes de mayo inició con la apertura del grupo de Tragones Anónimos con dos miembros, incluyendo a una integrante del grupo de CCA, se encontraban realizando sus juntas en diversos espacios públicos hasta el mes de julio logró encontrar un espacio donde no le cobraban renta. A este grupo se unió una de las integrantes del grupo de CCA. A la fecha el grupo está conformado por tres integrantes: Gardenia, María, Yaris.

El acercamiento con Gardenia se dio en diferentes espacios, primero en casa de una de mis informantes de CCA, después empezamos a salir a tomar café, a desayunar y posteriormente trabajábamos en el espacio del grupo. Las entrevistas con las dos informantes se dieron en este mismo lugar.

Presencé sistemáticamente la apertura del grupo, la movilización para la difusión así como las juntas de trabajo. En las juntas de trabajo se revisan los 12 pasos adaptados al problema alimentario además de que cuenta con material de lectura, un libro de recetas apegadas al plan de 1500 calorías, un libro con la lectura para el día según la fecha, cuenta con una lectura para los 365 días del año. Esta lectura incluye un pensamiento, una reflexión y finalmente una especie de oración. Este libro es conocido como “El libro azul”, el resto del material que utilizan es provisto por la fundadora del grupo.

En este grupo de TA se observaron sistemáticamente 10 juntas de trabajo. Desde el mes de julio se reúnen dos veces por semana los días martes y viernes por las mañanas. Trabajan un lapso de dos horas por sesión. En las sesiones la asistencia es de 3 o 2 integrantes. Realicé 9 entrevistas en total de este grupo, 5 con Gardenia, con María 3, ya en este grupo, 1 con Yaris. Se grabaron 3 entrevistas con Gardenia y las 3 de María. No se grabó la entrevista con Yaris sin embargo registre la información posteriormente.

Las entrevistas a las mujeres de la clínica privada se realizaron en lugares públicos, café, jardín y solo una de ellas me recibió en su casa. Primero las contacté vía telefónica y acordábamos el mejor lugar para la entrevista. Debido a que les representaba dificultades para acceder al consultorio, que rentaba por horas, se optó los espacios públicos mencionados anteriormente. Utilizamos la misma guía de entrevista que ocupamos para los grupos de autoayuda. Cuando se convocaron vía telefónica se les comunicó brevemente los motivos de las entrevistas y de 15 posibles informantes solo aceptaron 5, el resto no contestaron, se negaron a participar y otras aceptaron pero no se concretó la entrevista cancelando en el momento, después de tres intentos por contactarlas se dejó de insistir. Finalmente, realicé 9 entrevista en total, con Andrea, Juliana, y Valeria se obtuvieron dos entrevistas de cada una, a Rosa y Yara se les entrevistó una vez. Todas ellas habían ya concluido su tratamiento en la clínica.

Entrevisté a nutricionistas que tienen su práctica clínica en el IMSS, una nutrióloga de una clínica de medicina familiar de la Ciudad de Cuernavaca que atiende a la población de este municipio y dos nutriólogas del hospital regional, el cuál atiende a población del estado de Morelos. En el ISSSTE entrevisté a la responsable del departamento de nutrición y su colaboradora ambas nutricionistas, se encuentran en el hospital considerado de segundo nivel. No existe esta categoría en las clínicas familiares. Entrevisté una psicóloga que se dedica al tratamiento de trastornos alimenticios así como a un médico general que laboraba en la consulta privada de la clínica. Básicamente me presenté en las instituciones antes mencionadas y solicité la entrevista. Éstas se realizaron en los tiempos y espacios laborales por lo que fueron entrevistas semi-estructuradas con duración promedio de una media hora.

Se grabaron en total 44 entrevistas, se codificó la información tanto la registrada en las grabaciones, como la registrada en el diario de campo (observaciones de las sesiones grupales y entrevistas no grabadas). Se transcribió la totalidad del material reportado. Se clasificó y codificó la información en archivos de Word manejando una estructura de temas y subtemas para organizar la información

Concluí el trabajo de campo en el mes de diciembre del 2010. Aún ahora, mantengo comunicación vía telefónica y por Messenger con algunas informantes, sobre todo de los grupos de autoayuda.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

PANORAMA ALIMENTARIO, PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA, SOCIO- CULTURAL Y NUTRICIONAL

Este capítulo pretende esbozar los ejes que articulan el comportamiento alimentario. Una revisión de las diferentes aproximaciones sobre las cuales se ha enfocado el estudio de la alimentación: perspectiva fisiológica, psicológica y socio-cultural. Profundizaremos en ésta última considerando los aspectos tangibles o materiales e intangibles o simbólicos que afectan y delimitan el comportamiento alimentario. El referir a los componentes simbólicos o intangibles de la alimentación nos permite incorporar los elementos que perfilan determinadas expresiones del malestar alimentario, principalmente, la interacción que se establece entre la alimentación y la construcción de los estereotipos de delgadez corporal. Así como la vinculación con el discurso médico-nutricional. Finalmente, abordamos el enfoque que se ha realizado desde la óptica del feminismo como una propuesta crítica y única para entender los malestares alimentarios internalizados en algunos colectivos sociales.

Comportamiento alimentario: Factores biológicos, adquisición de gustos y elecciones alimentarias

El comportamiento o conducta hacia los alimentos y la comida, depende de una multiplicidad de factores. Según Garine (2002), la conducta alimentaria se ha estudiado desde tres perspectivas principales: fisiológica, psicológica y sociocultural. El enfoque fisiológico incluye factores biológicos que determinan el comportamiento hacia los alimentos. Se evidencia un consenso sobre estos factores que versan sobre la capacidad adaptativa del ser humano al consumo de alimentos que le permiten la supervivencia a través de satisfacer sus necesidades nutricionales mínimas, a su vez, también, es posible determinar los límites más allá de los cuales un patrón dietético resultaría inadecuado para la sobrevivencia.

Por otro lado, encontramos unanimidad en lo que varios autores (Fischler, 1995b; Rozin, 2002; Harris, 1995; Garine, 2002) denominan *El dilema del omnívoro* que consiste en “la búsqueda de alimentos para nutrirse y, a su vez, romper la monotonía alimentaria; provista de dispositivos biológicos establecidos como una forma de evitar riesgos en la ingesta de sustancias que pudiesen provocar intoxicación alimentaria”. Aceptando que estos dispositivos biológicos, a que hace referencia el *dilema*, se entremezclan e interactúan con cuestiones sociales y culturales dando lugar a determinado comportamiento alimentario.

Para Rozin, el hombre tiene que descubrir lo que es comestible, lo cual significa que una parte fundamental de su ser omnívoro se encuentra en el hecho de poseer sólo unos pocos constreñimientos determinados biológicamente. Para este autor, los constreñimientos biológicos mejor documentados, que también tienen que ver con el *Dilema del omnívoro*, son las preferencias innatas por los sabores dulces y una aversión por los sabores amargos; interés por nuevas comidas y a la vez miedo, además algunas habilidades para aprender las consecuencias después de la ingestión de las comidas. Para este autor, se trata de un reflejo de los riesgos y beneficios que comporta el probar alimentos nuevos: “la ventaja de descubrir una nueva fuente de nutrición frente al riesgo de ingerir una toxina” (Rozin 2002:86)

Para Harris (1995) estamos dotados de gustos innatos. Estas preferencias innatas decantan en la variedad contra la monotonía de nuestro ser omnívoro⁴². La diferencia radica en requerimos de una variedad de alimentos para constituir nuestros requerimientos nutricios. Otros omnívoros obtienen sus nutrientes de un solo alimento -los koalas sólo viven consumiendo hojas de eucalipto, los pandas consumen hojas de bambú o las focas comen sólo pescado- nosotros gozamos de una libertad para obtener nuestros nutrientes de cualquier combinación adecuada de productos vegetales o animales. Aunque se ha documentado que el hombre tiene una gran capacidad de adaptación a los diferentes recursos alimentarios a los que tiene acceso en regiones climáticas diferentes, el hombre puede subsistir igualmente bien, tanto con una dieta en base esencialmente carnívora, como los esquimales, así como una dieta sin proteína animal, como los montañeses de Nueva Guinea (Igor 2002:130).

Sin embargo, el hombre no responde mecánicamente a los constreñimientos del entorno, escoge entre las varias posibilidades que se le ofrecen y modifica su ambiente. Siempre en busca de la variedad. Las consecuencias de la dependencia por la variedad es motivo, según Fischler, de dos caracteres contradictorios, impulso a la diversificación, a la innovación, a la exploración y al cambio, a su vez está obligación a la prudencia, desconfianza y

⁴² Omnívoro del latín *omnis*, "todo" y *vorus*, "que come". Aquellos organismos que se alimentan tanto de animales como de plantas

conservadurismo. El autor lo llama neofobia (prudencia, temor a lo desconocido, resistencia a la innovación) y neofilia (tendencia a la exploración, necesidad de cambio, de novedad, de variedad). Así “el hombre está sometido a una doble coacción, entre lo familiar y lo desconocido, entre la monotonía y la alternancia, entre la seguridad y la variedad” (Fischler 1995b: 63). La búsqueda por nuevos alimentos, nuevos sabores, es una constante para superar la monotonía alimentaria.

Observamos que a pesar de estar provistos de papilas gustativas como aparatos biológicos que constriñen nuestras preferencias alimentarias, éstas pueden anularse. Los niños rechazan los alimentos amargos, agrios, acres, picantes y salados; al parecer esta conducta obedece a una lógica de selección natural ya que los animales o vegetales venenosos o indigeribles contienen estos sabores; estas evitaciones, que algunos autores consideran innatas, pueden ser revocadas “las fuerzas de la selección natural anula, pues, con facilidad las aversiones innatas durante la evolución de las distintas culturas culinarias” (Harris, 1997: 142). Evidencia sobrada de los cambios en las preferencias alimentarias innatas, gusto por el chile, lo agrio, la sal, etc., en diferentes culturas (Harris 1997, Rozin 2000) Aunque sí está documentado que la preferencia innata por lo dulce es difícil de anular. Mintz (2003:41) señala “hasta la fecha carecemos de datos sobre grupos, que sin tener la tradición del azúcar, rechace su introducción en forma de leche azucarada, bebidas endulzadas, caramelos, pasteles, dulces u otros productos dietéticos dulces”

Si bien, hablamos que la variedad es parte de nuestro condicionamiento para cubrir necesidades nutricionales, ésta nos permiten, a su vez, desarrollar preferencias y aversiones alimentarias que son, para algunos autores (Rozin y Garine), transmitidas a través de la matriz cultural y social a la que se pertenezca. Es posible establecer una relación entre la diversificación, la búsqueda por nuevos alimentos y la incorporación de los gustos adquiridos. Éstos últimos nos llevan a plantear cómo se adquieren determinados gustos o predilecciones alimentarias; por ejemplo, el gusto por el chile o por alimentos agrios –vinagre, salmueras, etc.- Algunos autores (Harris 1995, Rozin 2002) plantean que las preferencias alimentarias forman parte y representan soluciones prácticas al problema de suministrar nutrimentos esenciales, así los componentes de tradiciones culinarias tienen causas alimentarias, ecológicas y económicas. Lo anterior nos remite a describir y entender, desde esta lógica, la

afición que se da por las comidas fuertes y picantes. Según Harris (1997), coincide con tres condiciones: climas cálidos, dietas fundamentalmente vegetarianas a base de legumbres y consumo marginal de calorías con poca variedad en el menú. El gusto por este tipo de comidas se sitúa en los trópicos, la obtención de nutrientes a base de legumbres tiene como característica particular la flatulencia, se asocia a la creencia a disminuir ésta con el consumo de chile, finalmente los condimentos picantes estimulan las glándulas salivales produciendo sensación de hartazgo, haciendo parecer la comida más copiosa y variada de lo que es. La ausencia o menor presencia de dichas condiciones explica plausiblemente relativa suavidad de cocinas nor-europeas y angloamericanas. (Ídem: 147).

Para otros autores (Rozin 2002) degustar sustancias consideradas innatamente aversivas – café, tabaco, especias, picantes y varios tipos de alcohol- “constituyen fenómenos complejos y existen múltiples vías de explicación que conducen al gusto, hay más de un modo de producir un gusto adquirido”. Este autor, se inclina por subrayar la importancia de la matriz social y de la evaluación de la comida por otros significativos. En el caso concreto del chile identifica su adquisición al valor adaptativo, constituyente en unidad de peso fuente de vitamina A y C, la capsicina, sustancia que produce ardor en la boca, activa el sistema gastrointestinal, estimula la salivación, la secreción gástrica y la movilidad intestinal. Sin embargo, se inclina más por la cuestión social y cultural en la transformación de la aversión al gusto.

La incorporación de preferencias y gustos adquiridos es explicada, por Harris, en términos de costos para adquirir los nutrientes. Se incorporan variables como abundancia, concentración, tamaño y disponibilidad. El ejemplo es la obtención de carne de insectos y animales de caza o cría. La clave de esta disparidad reside en la disponibilidad de estos contra otras fuentes alternativas de carne. Así, a pesar de que los insectos, gusanos o arañas son más nutritivos, son pequeños y están más dispersos. Sin embargo se observa que el consumo de insectos en poblaciones autóctonas de amazonas y otras selvas tropicales, son más grandes, abundantes y se encuentran en mayor concentración, es decir, hay mayor disponibilidad; contrario a Europa donde existen pocas especies de insectos (Harris 1995). No obstante, este enfoque ha sido muy cuestionable.

Una explicación más acertada en términos del gusto y preferencias, nos la ofrece Rozin. Para este autor es indispensable establecer la diferencia en tres términos que se confunden: el uso, la preferencia y el gusto. Uso lo refiere a si una persona o grupo consume un alimento en particular y en qué cantidad. La preferencia implicaría una situación de elección, es decir, cuál de dos alimentos se escogen y el gusto lo refiere como una respuesta afectiva a los alimentos. Que una comida gusta, según Rozin, significa que las propiedades sensoriales de la comida producen placer a esa persona (sabor, olor, etc.). Tendemos a comer (usar) lo que preferimos y tendemos a preferir lo que nos gusta. Sin embargo, como bien señala el autor, la disponibilidad y el precio aparecen como determinantes del uso pero no de la preferencia o del gusto (ídem: 87-89)

Podemos concluir que en cuestión de la adquisición de preferencias, gustos y aversiones alimentarias confluyen una multiplicidad de motivaciones de aceptación y rechazo a los alimentos constreñidos por una compleja interacción entre los campos de índole individual (psicológica), cultural y social dentro de los cuales los individuos desarrollan un conjunto particular de referencias y actitudes hacia la comida y los alimentos.

Factores psicológicos en las elecciones alimentarias

Garine, señala que se ha aceptado que el hombre posee un substrato fisiológico y psíquico común independientemente de la sociedad o medio ambiente en el que se desarrolle. Apunta que los individuos tienden a adoptar los hábitos alimentarios que practica el grupo social al que pertenecen y la unidad familiar juega un papel importante en la adquisición de las preferencias y gustos alimentarios. Para este autor, las preferencias adquiridas se transmiten a través de códigos, los cuales forman la base del gusto para toda la comunidad. Sin embargo, pueden identificarse en un mismo grupo social individuos que realizan elecciones alimentarias distintas, es decir, se da una reinterpretación personal del código sobre la simbolización nutricional común (Garine, 2002)

A nivel psicológico los determinantes de las diferencias individuales en la selección de alimentos es compleja, se condensa en la interacción de factores: biológicos, culturales e

individuales que son difíciles de desagregar. Algunas explicaciones de las diferencias en la sensibilidad del gusto se dan en términos de factores biológicos y el sexo, en una pequeña variación. La familia constituye un factor importante. También se han identificado diferencias genéticas documentadas con respecto a los alimentos amargos y más claramente diferencias metabólicas entre individuos y grupos étnicos, el ejemplo de la intolerancia a la lactosa determina el consumo, que a su vez influyen en las preferencias pero según Rozin aún no hay nada concluyente. (Rozin 2002)

Para Garine, las preferencias adquiridas a este nivel son incorporadas en códigos, como se mencionó anteriormente, cuyos artículos generales forman la base del gusto para toda una comunidad. La interpretación del código da lugar a variaciones y matices que se acentúan según el individuo, así los modelos colectivos que representan la pauta nutricional “se incorpora en los individuos y están sujetos a los azares de sus propias historias personales, de esta manera se observa la emergencia de preferencias y aversiones en base a experiencias individuales” (Garine, 2002:132). A pesar de lo señalado, para este autor los individuos y sociedad no pueden ser disociados, por tanto las elecciones a pesar de ser individuales, éstas se reinterpretan y parten de la matriz social.

La incorporación de gustos y preferencias, deriva de la forma en que nos relacionamos con los alimentos desde el nacimiento, independientemente de otros factores externos o de la *herencia o sesgo cultural* como lo llama Garine. Los individuos tendemos a adoptar los hábitos alimentarios que practica el grupo social al que pertenecen, la unidad familiar juega un papel importante en el desarrollo de éstos. Se establecen vínculos afectivos que a la vez influyen en la adquisición y predilección por determinados sabores hacia los alimentos. La conformación de hábitos, gustos, predilecciones y aversiones alimentarias depende, en primera instancia, de la forma en que fueron incorporados en la infancia y que en la mayoría de las ocasiones dependen de otras personas –padres, cuidadores, tutores-. Ésta incorporación del gusto contiene todo un espectro de experiencias sensoriales que una vez adquiridas implican una dificultad del cambio

“... los gustos en materia de comida donde encontramos la huella más fuerte e indeleble del aprendizaje infantil, de las lecciones que más aguantan el alejamiento o el derrumbe del mundo nativo y que mantiene la nostalgia más perdurable por él. El mundo nativo, más que nada, el mundo materno, el mundo de los sabores primordiales y los alimentos básicos, de la relación arquetípica con el arquetipo de bien cultural, en la cual dar placer es parte integral del placer y de la disposición selectiva frente a éste que se adquiere por medio del placer” (Bourdieu 1984:79)

A pesar de que el aprendizaje alimentario se incorpore en la infancia y sea uno de los comportamientos difíciles de modificar, compartimos la postura de Garine cuando señala que se da una reinterpretación personal del código alimentario, “constituyendo un ángulo desde el cual puede considerarse el comportamiento nutricional como patológico” (Garine 2002:132), sin embargo, estas reinterpretaciones alimentarias personales se construyen a partir de una estructura social y cultural que permite la transmisión y reproducción de determinadas pautas dietéticas. A su vez, Strauss apunta que el comportamiento alimentario considerado “psicopatológico” proporciona un equivalente de los símbolos generales que operan en la sociedad. Refiere los ejemplos de bulimia caracterizado en los adolescentes de las sociedades occidentales comparado con los ritos de pubertad observados en sociedades tradicionales dados como una práctica de iniciación en los varones (Strauss 1950). Para ambos autores, en este caso, la cultura tradicional ofrece un modelo colectivo mientras que las sociedades actuales dejan un vacío que es llenado por una respuesta individual.

Factores socioculturales que influyen en el comportamiento alimentario

El comportamiento alimentario está constreñido por fuentes de variación de las preferencias y actitudes hacia los alimentos y la comida, un determinante principal de lo que se come probablemente sea la accesibilidad, factor que en buena medida resulta independiente del individuo. Factores económicos también condicionan la elección de comida (Contreras 2002, Harris 1997, Rozin 2002, Fischer 1995) como la accesibilidad. Se ha observado que un aumento en el ingreso monetario se traduce en un aumento en la proporción de calorías provenientes de las grasa y en una disminución de los hidratos de carbono, así como en una

tendencia al aumento de la proporción de calorías proporcionas por proteínas de origen animal. Aunque unos ingresos elevados no dan lugar necesariamente a una dieta equilibrada (Garine 2002: 155)

La disponibilidad alimentaria, para algunos autores, tiene que ver con las circunstancias ambientales (Harris 1995), las cuales condicionan de manera de manera importante el consumo de alimentos. En nuestro país observamos que el consumo de alimentos depende de la disponibilidad y producción de los mismos. Por ejemplo, la adquisición de proteínas de origen animal, se evidencia la diferencia en el consumo de carne de animales de cría –res, cerdo, pollo o pescado. Las encuestas alimentarias que caracterizan el consumo de alimentos muestran las tendencias alimentarias diferenciadas en determinados grupos y zonas geográficas del país –mayor consumo de carnes rojas en las zonas norte del país y menor consumo en la zona Mixteca (FAO, 2003)

En nuestro país no existen datos que muestren problemas de disponibilidad alimentaria, más bien la problemática tiene que ver con acceso físico y económico y, a pesar de esto, el consumo calórico es superior a los requerimientos nutricionales (FAO, 2003). Podemos observar que el imperativo en la elección del consumo alimentario desborda el sólo hecho de cubrir necesidades nutricionales. Éstas obedecen más a cuestiones simbólicas, a gustos, preferencias, aversiones, tanto individuales como colectivas.

Para Garine la influencia de factores socioculturales son fundamentales para determinar las elecciones alimentarias. Este autor engloba estos factores en: influencias intangibles o materiales e influencias intangibles o simbólicas. Las primeras tienen que ver con las técnicas de producción, elaboración, conservación, transportación y uso de utensilios culinarios. Las segundas, obedecen a reglas, símbolos e imágenes que caracterizan a cada sociedad, lo que implica considerar la actitud general hacia el comer y la buena comida (Garine 2002).

Las influencias materiales que refiere Garine, son las técnicas de producción alimentaria que se haya o no desarrollado dentro de sociedades específicas. Encontraremos condicionantes en la disponibilidad alimentaria cuando las técnicas de producción alimentaria dependan de

temporal o éstas se hayan superado por medio de la tecnificación en la producción. Lo cual implica que si la sociedad tiene un desarrollo tecnológico que le permite la producción alimentaria, ésta estará disponible y repercutirá también no sólo en la disponibilidad sino en los costos. Otra de estas influencias materiales son las técnicas de elaboración y conservación de alimentos, en ella se verifican los avances y alcances de la industria alimentaria que permiten la disponibilidad de los mismos, superando los caracteres estacionales, con la introducción de latas y conservadores en los alimentos. Así, se tiene al alcance un sin fin de productos, que en otras épocas la pronta descomposición podría haber sido un elemento limitante en el consumo.

Al mismo tiempo, las técnicas usadas para el consumo de alimentos son unas de las que también han impactado la alimentación. Se hace evidente con toda una industria de enseres domésticos que permiten y facilitan la elaboración y consumo a nivel más casero o industrial. Ejemplo de lo anterior es toda la gama de instrumental de cocina, desde refrigeradores de gas o eléctricos, congeladores, herramientas eléctricas, como cuchillos, batidoras, licuadoras, procesadores de alimentos, etc., los cuales también influyen y han permitido tanto la apertura como el crecimiento de grandes cadenas de alimentos y restaurantes de diversos tipos. Finalmente dentro de estas influencias tangibles se ubica las técnicas de transportación, los medios de comunicación y las relaciones comerciales que pueden generarse entre diferentes sociedades, así como, las leyes que regulan las transacciones alimentarias. Si bien, el intercambio internacional de alimentos, actualmente, es un hecho global, Garine, sugiere la importancia de los intercambios complementarios a nivel regional o local que repercuten en la selección de alimentos para su consumo (ídem: 132-136)

Ahora bien, las influencias intangibles, que refiere Garine, que condicionan el comportamiento alimentario y caracterizan a las sociedades son las ideas, nociones y actitudes que se tienen hacia los alimentos. Estas influencias se conciben como simbólicas por referentes particulares que cada sociedad construye en torno a la comida, así observamos las representaciones simbólicas que se dan en los procesos identitarios de los pueblos vinculado con su cocina y comida expresados en técnicas de cocina, platos y modos de consumo que los integrantes de una cultura consideran como propios y se distinguen típicos por los demás.

Por otro lado, se evidencia cómo el peso de la organización social se interrelaciona con la actitud hacia los alimentos, por ejemplo, con el surgimiento de espacios de socialización en torno a los alimentos relacionada con el ocio, la convivencia fuera del hogar y las transformaciones sociales, en parte, originadas por la división internacional del trabajo, lo que ha permitido modificaciones de la distribución de las tareas entre los miembros de la familia y el desarrollo de nuevos mercados y avances de la industria alimentaria y de recreación. Así, la alimentación se da fuera de casa, hay cambios en los tiempos de consumo de alimentos – horarios de comida- en dónde y en compañía de quién se come.

Otras influencias intangibles que hace referencia Garine la constituye la organización de las sociedades, según este autor, cada sociedad tiene una estructura organizada “dentro de las cuales los individuos se encuentran en una red de lazos, dones y servicios recíprocos” – derechos y obligaciones- y es mediante la introducción de diferenciaciones que pueden darse las relaciones sociales”. El consumo de alimentos a nivel familiar proporciona un ejemplo de lo anterior, las diferencias en las raciones y porciones. Así se observan diferencias en el consumo de alimentos dependiendo del ciclo vital humano, alimentación del lactante, niñez, adolescencia, hombres o mujeres, mujeres embarazadas o personas adultas, sobre todo en las raciones y tipos de alimentos que se consumen y se eligen.

Otra influencia simbólica que repercute en la selección alimentaria tiene que ver con ritos y celebraciones reproducidas de otros acontecimientos de diversas índoles, más sin embargo, condicionan nuestra alimentación. Anteriormente las sociedades humanas se situaban dentro del universo gracias a ritos agrarios, ceremonias de acción de gracias y sacrificios. Actualmente, heredamos y reproducimos algunos ritos, celebraciones, festividades, como año nuevo, día de muertos, fin de cursos, casamientos, etc. Éstos continúan desempeñando un papel importante y ocupan un espacio propicio donde confluyen prácticas, creencias y simbologías en torno a los alimentos que puedan llegar a consumirse por estas razones.

Otras influencias simbólicas, referidas por Garine, tienen que ver con la importancia que denota los alimentos en la forma en que cada región o país hace uso de ellos, los consigue,

prepara y consume, nos referimos a la cocina o gastronomía, la cual trasciende el mero hecho nutricional y simboliza por un lado un papel identitario a distintos niveles, así como también es un diferenciador social.

El peso que éstas tienen en el comportamiento alimentario es fundamental, motivo por el cual profundizaremos en ellas y consideramos pertinente desarrollarlas en los siguientes apartados. Empezaremos por abordar la simbología que representa la cocina y gastronomía en nuestro país. Diríamos que muchos de nuestros hábitos alimentarios a nivel cultural tienen su influencia y su historia en la conformación de nuestra cocina, siendo ésta un referente cultural e identitario lo cual implica considerar el peso sustantivo y fundamental de la alimentación en las representaciones de nuestra cultura así como también en la conformación de hábitos y prácticas alimentarias.

Se presentarán en el siguiente apartado: *“Nuestro contexto: breve repaso histórico de la relación entre cocina e identidad”*. Abordar este tema nos brinda la posibilidad de evidenciar cómo se ha ido conformando históricamente las representaciones ante un hecho cotidiano, así como los procesos dinámicos y cambiantes de ésta ante nuevas formas y realidades que los grupos sociales enfrentan en su relación cotidiana con la alimentación. En un siguiente apartado incluimos una descripción de la situación actual de la alimentación mediante diversas influencias simbólicas que cada sociedad recrea y da la accede a la conformación de determinadas prácticas o creencias en torno a las maneras de comer.

Panorama histórico sobre las maneras de comer, determinante para la conformación del comportamiento alimentario

Introducir estas nociones, nos permitirá dar cuenta de los cambios y transformaciones que se han generado en estos ámbitos y que repercuten de manera contundente en el comportamiento alimentario, haciendo más complejo el entendimiento de esta conducta. Ponemos en la mesa el abordaje que se ha realizado en torno a los alimentos que integran la “cocina” y cómo esta actúa como un referente cultural e identitario.

Las estructuras de los comportamientos, en cuanto a lo que se come, su preparación y la forma de relacionarse socialmente alrededor de la comida, son definidas por la selección de los alimentos que se encuentran en el medio en donde vivimos y de los criterios para seleccionarlos; los cuales a su vez, se relacionan con el acceso y la cantidad de alimentos que se consigan en función de la energía requerida para obtenerlos (Rozin 2002, Harris 2009). Estos elementos dan lugar a lo que se llama cocina (Contreras y Gracia 2006). Sin embargo, la cocina no debe entenderse sólo como “el conjunto de ingredientes y de las técnicas utilizadas en la preparación de la comida sino también como el acervo de las representaciones, de las creencias y de las practicas que a ellas están asociadas y que son compartidas por los individuos que forman parte de una cultura o de un grupo dentro de esta cultura” (Fischler, 1995b:32)

Para Domínguez (2006), la cocina es un conjunto de conocimientos que arraiga cohesión social. Este arraigo de cómo preparamos nuestra comida, expresa las formas por las cuales, a través del tiempo, las sociedades han recreado distintos saberes, tecnologías y prácticas para procesar, manipular, condimentar o cambiar la textura de los alimentos. Así, dependiendo del estilo de cocina que se trate, todo este proceso, es denominado por Strauss como “proceso de transformación cultural”. Lo que se cocina y cómo se cocina nos da información sobre el contexto y la condición social y económica de quienes realizan esta actividad y sobre las estructuras de los comportamientos alimentarios. La cocina es un lenguaje en el que cada sociedad codifica mensajes que le permiten significar parte de lo que es (Lévi-Strauss, 2002:268). Siguiendo a este autor, el contraste entre las diferentes técnicas culinarias, y la calidad de los alimentos (crudos, cocidos, descompuestos, etc.) simbolizan las oposiciones fundamentales y son típicos de la estructura de las sociedades. Así, “podemos descubrir, para cada caso particular, cómo el código culinario de una sociedad constituye un lenguaje mediante el cual ésta nos revela inconscientemente su estructura, o quizá nos expone sus contradicciones... en este sentido, la cocina aparece como un proceso de civilización, un proceso que intenta integrar alimentos silvestres en la cultura y al modificarlos actúa como mediador entre la naturaleza y cultura, la sociedad y el universo” (Lévi-Strauss 1968:192).

Para Rozin, en el mundo en que las sociedades tienden a estandarizarse, el código culinario aparece así como un campo en el que la originalidad de las culturas y subculturas encuentra su refugio. Algunas formas de cocina; acentúan la sensación de saciedad y señalan grados de suavidad de las salsas, enfatizan más los condimentos y utilizan un elaborado vocabulario para describir la consistencia. Los alimentos y nutrientes se consumen mayoritariamente incorporados en platos de diversa complejidad (Rozin 2002: 137)

La alimentación constituye, de cierta forma, un elemento central de nuestra cultura, de nuestra identidad. Este aspecto alimentario se ve materializado en productos, en técnicas de cocina, platos y modos de consumo, que los integrantes de una cultura consideran como propios y se distinguen típicos por los demás. En este sentido, se define como identidad cultural, puede nutrir, lejos de las mesas físicas, un imaginario complejo. Fischler diría que los humanos nos nutrimos de lo imaginario, los alimentos nos significan e identifican.

De esto modo, al referir la preparación y combinación de ciertos alimentos y condimentos a base de maíz, como tortillas, pozole, tamales, atole, y a la mezcla de diversos chiles que conforman salsas, moles, etc., nos remite, indudablemente, a pensar en nuestra comida. Finalmente, estos alimentos nos significan, porque fueron o son parte de nuestra alimentación cotidiana. Y esta cotidianidad, se da por la conformación, desarrollo y evolución de diversos procesos históricos que dieron pauta al consumo de determinados alimentos así como a las mezclas que derivaron en lo que hoy conocemos como cocina mexicana, con sus múltiples facetas. La alimentación – y en particular la cocina- están relacionadas con la historia, con lo que somos y a lo que pertenecemos, es decir con nuestra identidad. Como bien dice Mintz: “los alimentos que se comen tienen historias asociadas con el paso de quienes los comen; las técnicas empleadas para encontrar, procesar, preparar, servir y consumir esos alimentos varían culturalmente y tienen sus propias historias. Y nunca son comidas simplemente; su consumo está condicionada por el significado” (Mintz 2003:28)

Algunos autores (Pilcher 2001, Bertran 2010) identifican la relación entre alimentación y estratificación social observada en desde los grupos indígenas, en nuestro país, a la llegada de los españoles. Había grupos dominantes que exigían el pago de tributo, en muchos casos

con alimentos. Los mexicas mostraban su superioridad con respecto a otros grupos también con las formas de alimentarse: consideraban que comían mejores tortillas y veían a los otomíes como pueblos atrasados porque no sabían cosechar el maíz a tiempo o a los purépecha como bárbaros puesto que comían tortillas duras (Pilcher, 2001). Al interior del grupo, la comida de los nobles y sacerdotes era diferente del resto de la población mostrando así su condición superior. También en las fiestas, la comida adquiría significados de estatus pues el anfitrión la hacía lo más suntuosa posible (Gonzalo de la vara, 1996). Según Bertran la estratificación social se agudizó durante la época colonial, tanto por las condiciones en el sistema socioeconómico establecido por los españoles como por la diversidad de la población: indígenas, españoles y negros. En la parte superior de este sistema se ubicaban los españoles y de ahí iban descendiendo en la escala social según las mezclas y la presencia de sangre indígena o negra.

Según Pilcher, la alimentación tiene un papel importante como marcador social en la sociedad novohispana, para mostrar la pertenencia a una clase social o la aspiración. Es decir, las formas de comer se usan tanto como elemento para mostrar la pertenencia a un estrato como para aparentar la pertenencia a otro y por tanto dejar el de origen. Así, la alimentación como rasgo social puede ser tomada como un elemento integrador a otro grupo, no sólo un diferenciador. Los indígenas usaban la alimentación como rasgo integrador cuando querían aparentar no serlo y pertenecer a otro estrato. Para pasar de indígena a mestizo urbano era suficiente con vivir en la ciudad y empezar a comer pan de trigo y vino. Pilcher sostiene que la importancia de la alimentación en la colonia como rasgo de identidad es resultado de la estratificación social así como de la imposibilidad de identificar racialmente a los grupos, con lo que ciertos rasgos de vuelven importantes.

Después de la Independencia, surge la República, la población indígena pasa a tener el mismo estatus jurídico que cualquier otro mexicano, eliminando así las diferencias establecidas en el régimen colonial. Esto no significó ninguna condición real de igualdad ni tampoco respeto a sus características étnicas. Al principio se buscó la integración indígena, por dos motivos: México debía construir una identidad nacional homogénea correspondiente a su nacimiento como nación; por otro, se planteó la preocupación por mejorar las condiciones

de la población indígena (Piscler 2001:81; Bertran 2010). Algunos autores señalan que las políticas del siglo XIX planteaban la desaparición de los pueblos indios (De val, 1993) Benito Juárez consideraba que la cultura indígena era motivo del retraso de la población e impulsó su desintegración. Es en esta época donde aparecen modas extranjeras, sobre todo en la cocina. Hay un gusto especial por la cocina europea, y en los banquetes y comidas de las clases acomodadas se ofrecen platillos franceses, ingleses y de otros países de Europa (Pilcher 2001: 105; Rabell Jara, 1996)

Según Pilcher (2001) varios documentos de la época muestran el desprecio por la sociedad decimonónica por el chile y la comida indígena. Al mismo tiempo, la aparición de México como nación, generó la necesidad de crear una serie de rasgos nacionales de identidad, y en algún momento la comida se volvió uno de ellos. Publicándose recetarios como el “Cocinero Mexicano” que apareció en 1831 utilizado como elemento de identidad nacional. Sin embargo, platillos de maíz nunca pudieron quitarse el estigma de identificar a las clases bajas (ídem: 82). Durante el siglo XIX transcurre con unas ideas contradictorias sobre la comida tradicional mexicana: por un lado se usa para buscar las raíces nacionales y construir identidad, pero por otro está asociada a la pobreza y los indígenas. (Bertran 2010)

Según Bertran, las ventajas de la dieta indígena mexicana no fueron reconocidas sino hasta los años 40, con la creación del Instituto Nacional de la Nutrición y donde se empiezan a estudiar las características bromatológicas de los alimentos. La alimentación indígena es sus características básicas proporciona suficientes elementos para desarrollarse, siempre y cuando se coma en cantidad suficiente (Aguirre, 1986). En términos nutricios, la dieta tradicional indígena es una buena fuente de energía e hidratos de carbono, de proteína en la combinación del maíz y del frijol, vitaminas y minerales si hay suficiente consumo de frutas y verduras, así como el consumo cotidiano de chile, es buena fuente de calcio por la nixtamalización del maíz, baja en grasa en su forma original y tener buen contenido de fibra. Sin embargo, la población en la medida que tiene acceso a mayores recursos económicos, prefiere los alimentos industrializados y “modernos” que les permitan ir mostrando su mejoramiento social (Aguirre, 1997a, Oseguera 1996; Bertran 2010)

Si bien, actualmente, la dieta indígena ha dejado de ser un elemento que proporcione identidad, se busca sin embargo, conservar las cocinas tradicionales. Que como las precisa Meléndez, “la cocina tradicional mexicana materializa todo un acervo que se ha ido enriqueciendo y modificando generacionalmente y se ha recreado y transformado localmente. Es en la cocina tradicional donde se concretan aquellos saberes y prácticas alimentarias y culinarias que pertenecen como parte de nuestra identidad y herencia cultural” (Meléndez, 2010:194). Actualmente lo tradicional de las cocinas, sobre todo, aunque no exclusivamente, en las comunidades rurales, son reflejo de los modos de vida, de las modificaciones y transformaciones donde influyeron factores como urbanización, políticas económicas junto con el surgimiento de cadenas comerciales con la gran variedad de venta de productos industrializados que influyen en las maneras de comer. El auge de la re-apropiación patrimonial, las cocinas tradicionales, se ha constituido como una respuesta o estrategia de ingreso económico y como procesos vinculados a la dinámica global/local y vinculado con identidad, desarrollo cultural y turismo (Meléndez, 2010)

Observamos, pues, cómo la alimentación, la comida, la cocina en sí, son procesos dinámicos, cambiantes, que se transforma reconstituyéndose, readaptándose y tomando diversos sentidos y significados constreñidos por una multiplicidad de factores interrelacionados, que por un lado, muestran nuestra identidad en términos de Strauss: la estructura de nuestra sociedad, y por otro, alimenta, nutren y sacian nuestros estómagos.

Panorama nutricional: situación actual del comportamiento alimentario

El aforismo: dime lo que comes y te diré quién eres. Tiene un significado más profundo de lo que normalmente se cree. “Simboliza las diferencias entre los individuos y grupos, y permitir que funcionen sistemas de reciprocidad, consolidar la comunidad profunda de un grupo mediante sus pautas dietéticas comunes también tiene su trascendencia” (Gariné 2002: 154). El consumo de alimentos a nivel familiar nos proporciona un buen ejemplo, donde si bien se da una ración común, las porciones son diferentes. Aparecen diferencias de acuerdo con el sexo, la edad, la antigüedad, la situación transitoria.

Para Garine, la introducción de economía monetarizada ha contribuido en gran medida a la promoción del buen comer como signo externo de riqueza y símbolo de estatus socioeconómico. Puede decirse que es la marca de una clase social, como ya lo hemos evidenciado en el caso de nuestro país. A diferencia de las sociedades en las que el consumo de alimentos estaba profundamente influido por el ciclo de las estaciones y en las que la riqueza económica se mostraba mediante fiestas tradicionales ocasionales, nuestra sociedad ha sustituido todo eso por una dieta que ya no depende de las fluctuaciones estacionales y que básicamente está en función de los recursos económicos y financieros, de los cuales se convierte finalmente en un símbolo. El prestigio que se concede a los alimentos como símbolo de estatus socioeconómico ha tendido ciertamente a prevalecer sobre otros valores simbólicos en las sociedades industriales. El consumo ostentoso de riqueza material y de comida se enfrenta con las reacciones que resultan de otras escalas de valores. Así contrasta los alimentos auto producidos con los alimentos comprados, los alimentos caros con los baratos, los alimentos que se ofrecen a los invitados y los que se consumen en períodos de escasez y de recursos monetarios limitados (Garine 2002: 155)

En el caso concreto de nuestro país, el significado de los alimentos y de la cocina también ha sufrido modificaciones. Los medios masivos de comunicación y la industria de los alimentos han contribuido de manera sustantiva a estos cambios. Es un hecho que la relación con los recursos naturales comestibles y el desarrollo tecnológico han ido evolucionando e incidiendo en lo que comemos, en cómo obtenemos nuestros alimentos y hasta en cómo los preparamos. Estas transformaciones no son ajenas a los cambios que ha sufrido la división internacional del trabajo, el desarrollo de nuevos mercados y avance de la industria alimentaria.

Torres, ha estudiado las nuevas configuraciones del sistema de abasto alimentario en México, señala que los supermercados y su expansión hacia zonas más populares de las grandes ciudades ha generado una especie de homogeneización en el consumo de alimentos, y una idea de acceso más amplio a otros sectores de la sociedad que tradicionalmente compraban en las pequeñas tiendas de sus barrios. La homogeneidad en el consumo, no es en realidad tal, pues la calidad de los alimentos es distinta según los precios. Así, por ejemplo, las

poblaciones de más bajos recursos tienen acceso a comer carne y embutidos como los sectores altos, sólo que con un porcentaje mayor de grasa (Torres 2000). Otro estudio en México sobre la evolución de los precios de los alimentos desde los años 70, muestra que los alimentos industrializados, especialmente los de alta densidad energética han disminuido de precio de manera gradual, al mismo tiempo las frutas y verduras se han encarecido. La población que tiene acceso a estos alimentos de alta densidad energética como refrescos, pastelitos, panes, galletas, frituras, alimentos preparados, son un sector de la población donde este acceso es reciente. Han pasado de una dieta monótona a una dieta variada con acceso a alimentos diversos, muchos de ellos industrializados (Ortiz 2006).

Si bien, por un lado se ha señalado que el consumo de alimentos en población que ha pasado escasez tiende hacia la sobrealimentación. Para esta población, adicionalmente, los alimentos industrializados y urbanos tienen el significado de alcanzar la modernidad. Representan una forma de mejorar socialmente (González, 2002, Turmo, 2002). De esta forma observamos que sí hay un incremento en la disponibilidad alimentaria relacionada con la sobrealimentación después de la escasez, podemos apuntar, que las diferencias en términos de calidad develan, entre otros factores, al aumento de obesidad de manera más rápida en sectores de más bajos recursos (Peña, 2000a, 2001; Guerra 2006) o en aquellos que han ascendido a una categoría social o económica superior. Lo anterior es parte del panorama alimentario y nutricional de nuestro país.

Ortiz (2006) describe las características demográficas y socioeconómicas, los cambios y disponibilidad de alimentos, así como el gasto destinado a ellos en México durante los años 1980-2000. Nos muestra que los cambios socioeconómicos se expresaron en un aumento en la población que habita en zonas urbanas, ocupación en el sector terciario y participación de la mujer en el trabajo asalariado. En términos alimentarios, mostró la disponibilidad de leguminosas, oleaginosas, aceites vegetales, pescados y mariscos. Un incremento en el consumo de grasa animal, verduras, frutas, bebidas alcohólicas, carne y huevo, así como un aumento en el número de restaurantes, fondas y cocinas económicas, paralelo a un incremento de bebidas y alimentos consumidos fuera del hogar. También muestra que disminuyó el gasto en alimentos. Según este autor el aumento en zonas urbanas y del trabajo

terciario es paralelo al aumento en la disponibilidad de alimentos ricos en grasa y proteína, mayor variedad en la dieta y más oportunidades para consumir alimentos fuera del hogar.

Es evidente, como lo muestran diversos estudios (Barquera 2006; Ortiz 2006; Guerra 2006; Peña 2001) que a mitad del siglo pasado hubo cambios en la mayoría de los países en la estructura de la población, incluyendo cambios en la dieta y causas de mortalidad. Ciertamente, según Ortiz, la urbanización es un fenómeno global, en los en los países de ingresos medios, como el nuestro, tienen dos rasgos singulares: se concentra a través de un número reducido de mega-ciudades, y se presenta aún sin crecimiento económico, esto último dado que en las dos últimas décadas se han experimentado crisis económicas recurrentes (1982, 86-7, 94-5), y simétricamente la urbanización ha mantenido a un ritmo acelerado (Ortiz 2006) Estos cambios demográficos develan cambios a nivel nutricional y epidemiológico, además, lo confirma la transición nutricional en nuestro país desde los años 80, muestra de ello, es la evolución de indicadores nutricionales que develan disminución en las prevalencias de desnutrición por deficiencia alimentaria y enfermedades asociadas a las mismas. Mostrando a su vez un incremento en enfermedades crónico degenerativas relacionados con excesos alimentarios, más sin embargo, el panorama nutricional hace evidentes diferencias regionales muy marcadas donde confluyen problemas de deficiencia y excesos nutricionales (ENSANUT 2006).

Un rasgo distintivo de la sociedad mexicana es que una proporción elevada de la población es y ha sido pobre, además de que una gran proporción de la riqueza es concentrada en un porcentaje reducido de la población. Y esto ha empeorado en las últimas dos décadas. Varios autores, concuerdan en que el incremento de la pobreza ocurrió durante la década de los 80 y 90 debido a las políticas económicas de ajuste y cambio implementadas por los gobiernos mexicanos, las cuales han resultado en incremento en el desempleo con el consecuente aumento del empleo informal, flexibilidad y precarización laboral, eliminación de subsidios generalizados al consumo y desmantelamiento del sistema público de salud (Ortiz 2006, Boltvinik 2003)

Según algunos autores (Ortiz 2006, Bertran 2010, Pérez-Gil 2008, Barquera, Madrigal 1999) observamos tendencias contradictorias considerando que la pobreza reduce el acceso a los alimentos, expresado en menor peso corporal, en México no se ha producido de esta manera, podemos observar obesidad en los estratos pobres (Peña, 2000a, 2001; Guerra 2006). Según el postulado de Popkin (1994), sobre la transición nutricional, es el incremento en el consumo de lípidos en países de ingresos medios se debe sobre todo al aumento de grasas animales. En México sí ha aumentado la disponibilidad de alimentos de origen animal y azúcar. Además que en México se observa que hay una gran disponibilidad de alimentos variados, el gasto destinado a los alimentos también indica que hay mayor disponibilidad. Se observa que el gasto porcentual destinado a los alimentos ha disminuido, esto se explica a una reducción en el costo de alimentos (Ortiz 2006). En México en las últimas décadas la disponibilidad de energía no se ha modificado pero sí ha cambiado la composición de los alimentos disponibles (FAO 2003, Ortiz 2006). Según los postulados de la transición nutricional se expresa una disminución en el consumo de cereales, en México no es así, se han incrementado y sobre todo los cereales y azúcares refinados.

Por otro lado, se observa que el consumo de los alimentos fuera de casa aumenta el gasto destinado a este rubro en las familias, y algunos autores (Ortiz 2006, Bertran 2010) relacionan comer fuera de casa con la participación de las mujeres a la incorporación de trabajo asalariado. A su vez, el incremento en el desempleo y la informalidad laboral, se expresa como estrategia para generar ingresos a la comercialización de alimentos (Ortiz 2006 y Meléndez 2010). Según Ortiz y Rivera, también se destina más gasto al consumo de bebidas que concuerda con el incremento en el consumo el azúcar (Rivera 2006)

Se hace evidentes los cambios y modificaciones en la dieta a nivel nacional, así como los cambios en las estructuras demográficas y socioeconómicas que constriñen las pautas nutricionales. Se muestra, claramente, que las diferencias sociales y económicas continúan determinando, en gran medida, el comportamiento alimentario. La alimentación, la comida, la cocina se expresan a modo simbólico como un elemento que actúa a manera de diferenciador social. En nuestro país, estas características son más que indudables. Se constata en la disponibilidad alimentaria en términos de acceso a los alimentos caros y baratos según la

calidad de los mismos. Como señala Peña, las poblaciones de más bajos recursos tienen acceso a comer carne y embutidos como los sectores altos, sólo que con un porcentaje mayor de grasa (Peña et al, 2001). Así estas diferencias en el consumo alimentario se reflejan, también, en las incidencias de sobrepeso y obesidad, particularidad, que se presenta en la población de estratos bajos (Peña 2001; Barquera 2006; Pérez-Gil 2009; Guerra 2006)

Finalmente la alimentación y la imagen corporal contienen las formas ideológicas en que se percibe la buena comida y cómo ésta se relaciona al código moral de la sociedad en función de las representaciones de una apariencia física aceptable (Garine 2000). Así, veremos las connotaciones que refieren valores en torno a la imagen corporal, por ejemplo: valorar el sobrepeso como signo de prosperidad o lo contrario. La estética física, actualmente muy valorada, se relaciona con la selección y conducta alimentaria. Dedicamos el siguiente apartado a profundizar en la influencia simbólica de la percepción de la imagen corporal y su interrelación con la alimentación.

Repercusiones de la cultura de la delgadez: construcción del estereotipo corporal

Otro elemento que condiciona las elecciones alimentarias es el impacto de la comida en la imagen corporal, la salud y el bienestar. Como bien señala Bourdieu, en la interacción de alimentación, cuerpo y clases sociales, “en cuanto a la alimentación y la imagen corporal, la distinción de clase está no sólo en lo qué se come, y cómo, sino en los efectos corporales que provocan, en la imagen que proyectan”. En este sentido, y más allá de la relación con la clase social, el cuerpo expresa una imagen ideal que se expresa en términos estéticos y, simétricamente, constriñe el comportamiento alimentario dando lugar al consumo o restricción de determinados alimentos que, en forma simbólica o real, podrían afectar las formas corporales. Observamos de esta forma que el cuidado del cuerpo se visualiza como un imperativo en la sociedad actual.

Según algunos autores (Fischler 1995d, 2002a; Contreras 2002, 2006; Gracia 2002d, 2007b), un análisis antro-po-socio-histórico de los modelos corporales mostrarían que siempre ha existido una profunda ambivalencia en las representaciones del cuerpo grueso y que la

reprobación de la obesidad no es tan reciente como a primera vista pudiera parecer. En el siglo XIX, las referencias a la corpulencia eran positivas; significaban salud, prosperidad, honorabilidad. Sin embargo, existe en las sociedades arcaicas, una imagen maligna del grueso; el obeso, es también el que come más de lo que equitativamente le corresponde. "Existe un obeso caníbal, comedor de carne fresca, que encarna el mito del ogro a la Gilles de Rais⁴³ y que reencarna en parte, en las mitologías modernas, la caricatura del patrón capitalista, este obeso de buena forma, engordado con la sangre y el sudor de las clases trabajadoras" (Fischler 2002a:378). Simétricamente, la delgadez o la flaqueza, fue en otros tiempos signo de miseria o de debilitamiento, pero también de pureza ascética e incluso de santidad. Sin embargo, prevalecía con mayor contundencia en la mayoría de la población consideraciones sobre lo ventajoso de disponer de una cantidad moderada de grasa acumulada en el cuerpo porque ello mejoraba la resistencia en caso de enfermedad y la delgadez se asociaba con una salud enfermiza y con enfermedades como la tuberculosis (Contreras, 2002a)

Según Gracia (2002d) el culto a la delgadez, sobre todo femenina, parece desprovisto de todo antecedente histórico. Seid (citado en Gracia, 2002d) hace un repaso de los modelos ideales de feminidad de las sociedades occidentales, concluye que los cánones de la belleza griega, ejemplificados en Afrodita, estaban más cargados que los nuestros, aunque el ideal femenino parece haber sido más grácil, eran muy diferentes al contemporáneo. Según Gracia, la primera aparición de la delgadez como objetivo explícito de moda se produjo en E.U. durante el período romántico, entre 1830 y 1850, pero apenas duró dos décadas. El imperativo entre mujeres de clase alta, específicamente en la época victoriana y coincidiendo con los ideales femeninos difundidos por la burguesía, según los cuales el cuerpo femenino estaba negado a cualquier tipo de placer o función que no fuera la estrictamente maternal y solamente debía de ser objeto de atenciones si era en relación con la reproducción biológica (Brumberg, 1988 citado en Gracia 2002d). Sin embargo, a principios del siglo XX el cuerpo femenino va adquiriendo un valor estético, promovido por la alta costura, que pone de moda una silueta más esbelta, las medidas corporales se convierten en una nueva vía de ansiedad entre las mujeres de las élites, quienes empiezan a tomar conciencia de la necesidad de controlar sus

⁴³ Gilles de Montmorency-Laval, barón de Rais, llamado Gilles de Rais (o Gilles de Retz) fue un noble y asesino en serie francés del siglo XV.

formas corporales para ajustarlas a los cánones de la moda. (Seid citado en Gracia 2002d: 364).

Se impone un canon moderno, que reposa en el imperativo central: delgadez. Según Fischler, coincidiendo con Gracia y Contreras, este canon no parece haber tenido antecedente comparable y se trata literalmente de un ideal de belleza, porque escapa, en efecto, a la realidad; se ha vuelto casi imposible de alcanzar. Biológicamente, solo el 5% de mujeres, en una muestra estadística del norte de América, pueden ser tan delgadas como las participantes de un concurso de belleza actual (Garner et al. 1980 Citado por Fischler, 1995d:341)

En muchas sociedades, a través del tiempo y del espacio, la gordura femenina es o ha sido loada, apreciada, buscada, incluso a veces sistemáticamente cultivada⁴⁴. Fischler hace un recorrido histórico al respecto y señala que las más antiguas representaciones divinas se tratan de imágenes femeninas, las cuales datan del neolítico o del paleolítico superior y, según nuestros criterios actuales, serían monstruosamente obesas. Las primeras figurillas femeninas en terracota o en piedra cuyo carácter divino está comprobado aparecen en Mureyber, aldea prehistórica del medio Éufrates sirio, hacia el 8000 a. C. Según Fischler, el consenso científico sostiene que las estatuillas de cuerpos femeninos encontrados son imágenes de un culto de la maternidad y de la fecundidad. Así, fertilidad y corpulencia, gordura, grasa, se han asociado constante y casi universalmente en las representaciones del cuerpo de la mujer (Cauvin, 1987 citado en Fischler, 1995d:342)

Según el repaso realizado por Seid quien ha explorado la evolución de la estética del cuerpo femenino y de las coacciones ejercidas sobre él, concluye que los cánones de la belleza griega eran más fuertes al lado de los nuestros. Según Flandrin y Phan, durante el período de la edad media, el ideal femenino parece haber sido más grácil, aunque muy diferente al nuestro (Flandrin y Phan 1984 citado en Fischler 1995b). En Estados Unidos, en el período romántico, y más precisamente en los años 1830-1850, cuando parece situarse la primera aparición de la delgadez como objetivo explícito de moda. Pero esta primera moda de la

⁴⁴ En ciertos grupos Tuareg, sistemáticamente se engorda a las mujeres antes del matrimonio a través de cebada y engorde regular

delgadez desaparece hacia 1850. A principios del siglo XX, se instaura definitivamente gracias al modisto Paul Poiret, en 1908, convertida en la línea “neo-imperio”, Poiret transforma la silueta femenina atenuando la cintura, alargando las piernas, suprimiendo la ropa interior complicada y otros accesorios constrictores, haciendo aflorar el cuerpo bajo la ropa, sin mediación ni aparato. Desde el siglo XX, sobre todo después de la segunda guerra mundial, es contundente la preferencia por la delgadez⁴⁵. En 1901, el modelo dominante es el de la “avispa”: una cintura muy fina que contrasta con un busto luminoso y unas caderas opulentas (Seid 1989 citado en Fischler 1995c: 344)

Otros estudios muestran que las revistas para caballeros (playboy) entre 1960 y 1980 los modelos tienen grandes pechos, la cintura fina y las caderas relativamente anchas. El modelo de “cintura de avispa” se atenúa progresivamente. (Garner et al, 1980 citado en Fischler, 1995c). El estudio de Seid, de las medidas de la cintura y del peso en las candidatas al concurso de belleza Miss América, muestra datos interesantes: las Misses en los años 20 median 1.73 y pesaban 63.5 kilos, en 1954 median 1.71 y pesaban 54.9 kilos, en 1957, la ganadora media 1.67 y pesaba 54.4 kilos, entre 1980 y 1983 median 1.76 y el pesaban 53 kilos. A partir de 1979, la ganadora pesa siempre menos que las otras competidoras (Seid, 1989 citado en Fischler 1995c: 344)

A través de los siglos, según Aimez, la historia de la imagen femenina del cuerpo construida por las culturas occidentales parece caracterizarse por la plasticidad. Se trata de un cuerpo como cera maleable, a veces hinchado y estirado, forzado, moldeado y erguido, completamente disimulado o parcialmente exhibido (Aimez, 1983 citado en Fischler 1995b). Así observamos, al menos a través de este siglo, las modificaciones al ideal del cuerpo femenino han afectado no sólo al peso y al grosos del cuerpo global, sino también la estatura. Según Fischler, lo que caracteriza el período más reciente es, la musculatura y el vigor del cuerpo; hoy el cuerpo femenino moderno debe ser – y en esto no hay precedente- todo músculo, toda firmeza y sin blandura. Todo rasgo de adiposidad está proscrito.

⁴⁵ Se evidencia en los estudios americanos, donde se analiza las imágenes de mujeres con traje de baño o ropa interior aparecida en las revistas *Vouge* y *Ladies Home Journal* de 1900 a 1981.

En el estado actual que aplica este recorrido, que nos muestra Fischler, parece que opera un doble movimiento en el vestido y el cuerpo de la mujer occidental: del vestido al cuerpo y de la madurez a la juventud. Para este autor, detrás de este doble fenómeno, así como de la lipofobia, hay una profunda y radical transformación del papel y de la imagen de la mujer (Fischler, 1995c:345).

Para otros autores, ciertamente, los comportamientos y los cuidados corporales han sufrido cambios en relación con sociedades tribales y con épocas anteriores de nuestra sociedad, representan una práctica disciplinaria del gobierno del cuerpo asociada a la racionalización de la vida cotidiana (Turner, 1992 y Conevey, 2006 Citado en Gracia 2002d). Para Contreras (2002) y Fischler (1995b) la asociación entre gordura, salud y prosperidad empezó a desaparecer a principios del siglo XX, como consecuencia de la acción de los médicos y de las compañías de seguros. Ambos colectivos proporcionan un tipo de “cuerpo ideal” bastante más delgado que el estereotipo anterior. Según estos autores, es a partir de 1900 cuando aparecen los actuarios médicos con estándares de peso y salud y se sugiere que el sobrepeso es un riesgo para la salud. Coincidiendo con la información suministrada por las compañías de seguros que, ya desde mediados del siglo XIX, usaban el peso corporal como indicador de riesgo. Es así como las tablas utilizadas por las compañías de seguros resultaron decisivas en el establecimiento de los primeros promedios de peso ideal.

Según Contreras, en los últimos 40 años se han consolidado una serie de cambios en relación con el ideal del cuerpo, tanto masculino como femenino, de tal manera que el deseo de salud, de longevidad, de juventud y atractivo sexual son una poderosa motivación contra la obesidad. Así, las ideas sobre el cuerpo y la salud tienen una influencia muy directa y muy importante sobre la cultura alimentaria y los comportamientos alimentarios que se consideran adecuados. El valor moral atribuido a la delgadez y al régimen se justifica generalmente en nombre de la salud. Estética física y rasgos de personalidad asociados con el físico, se hacen contundentes. La delgadez es presentada como atractiva, también asociada con el éxito, el poder y otros atributos altamente valorados. La gordura es considerada físicamente y moralmente insana, obscena, propia de perezosos, de glotonos o de pobres. Las evaluaciones positivas y negativas del físico proyectan, por inferencia, a los patrones típicos

de conducta correlacionados con atributos morales: autocontrol y autoindulgencia (Contreras, 2002a: 257-86)

La delgadez corporal en nuestro país

En México, a pesar de las diferencias sociales, se observa la interiorización de este estereotipo, esta preocupación está presente en todos los sectores de la población, aunque no se manifiesta del mismo modo. Bertran (2006; 2010) analiza el panorama de la alimentación vinculado con las representaciones del cuerpo en la ciudad de México desde una perspectiva antropológica y señala: en los sectores bajos la preocupación de la imagen es importante como una cuestión de salud y también como un asunto de vanidad. En los sectores medios y altos, la imagen y la salud son claramente percibidas como símbolos de bienestar, como un ideal social. Un cuerpo bello es sano, refleja bienestar, no sólo por lo que se siente sino cómo se ve. La delgadez es el ideal a conseguir lo que se obtiene fundamentalmente por la comida saludable, baja en grasa, haciendo ejercicio, tomando mucha agua, sometiéndose a tratamientos corporales incluyendo la cirugía (Bertran y Arrollo, 2006). Para estos autores, la corporalidad es un agente social que señala las posibilidades económicas, culturales y de tiempo. Esta ideación sobre la delgadez también ha sido explorada por otros autores en zonas rurales del país (Pérez Gil, 2007, 2008, 2010; Tinat 2008a), observando la asimilación del estereotipo de corporal actual, expresada por el anhelo por la delgadez, el ser delgada es sinónimo de belleza, el malestar frente a la comida y el cuerpo, la preocupación por la apariencia y la imagen corporal y se muestra un claro rechazo a la obesidad.

La población mexicana enfrenta una paradoja alimentaria muy relevante. La delgadez es el ideal corporal social, sin embargo el sobrepeso y la obesidad aumentan “la gente se sabe gorda y se sueña delgada” (Contreras 2002a:282). En nuestro país, el 70% de la población tiene sobrepeso. Se han propiciado diferentes respuestas a este panorama, según Bertran y Pérez-Gil, al mismo tiempo que se busca la delgadez y la salud, el bienestar está también se promueve el placer y el gusto, el consumo de alimentos industriales que además de ser baratos dan prestigio, cumplen los ideales de modernidad (Oseguera 1996). El hedonismo,

como nunca antes, la cocina, la gastronomía, la búsqueda de alimentos nuevos, de sabores nuevos está presente como parte de la vida diaria, en todos los niveles. Según Bertran, en los sectores altos, este hedonismo se expresa en las nuevas propuestas gastronómicas de la industria restaurantera que proponen más que una salida a comer, una experiencia sensorial. En los sectores bajos el acceso reciente al Fast Food Americano, permiten acceder a una nueva y moderna forma de vida. Se conviven el placer y el hedonismo, con el control del consumo para guardar la línea y la salud (Oseguera 1996; Bertran 2010, Ortiz 2006, Peña 2000a). En otras palabras se está entre el placer y el régimen dietético.

Percepción de salud: normalización alimentaria

La salud, es otro de los elementos que se instaura como nuclear en delinear el comportamiento alimentario. Es por medio de la promoción y cuidados a la salud, a nivel de prevención, así como desde la especialización de la alimentación, desde la esfera médica, que se legitima señalar, dictar y recomendar, de manera generalizada, un determinado patrón alimentario.

La tentación de dominar la alimentación para racionalizarla es tal vez tan antigua como la alimentación. Según Fischler (1995b) existe desde hace mucho tiempo un tipo de intento normativo tendente a reformar radicalmente las elecciones alimentarias. De hecho, la palabra ración empleada en sentido alimentario es de origen militar y parece remontarse al ejército francés del siglo XVII (Corvisier 1964 citado en Fischler 1995c:319). En este siglo, todos los diccionarios definen “ración” en un sentido militar: “la parte fijada de víveres o de bebidas o de forraje que se da los soldados o las marineros para vivir y subsistir cada día” (Diccionario de lengua Española). El término habla por sí mismo (“ración y razón están ligadas etimológicamente): se trata de optimizar la relación costo-beneficio en materia de alimentación, pero también de afirmar y de consolidar un control máximo. “El ejército, la prisión, el hospital, la escuela, comunidades monásticas, han considerado la comida a la vez como un medio y una apuesta esencial del control que ejercen sobre los individuos. Es por el lado de la alimentación como las poblaciones migrantes, las minorías étnicas, ciertas categorías sociales, han sido objeto de tentativas de integración y de asimilación” (Fischler

1975c: 319) Para este autor, los orígenes de la nutrición como disciplina médica están ligados a tentativas de este tipo.

Conceptualización de la noción de medicalización alimentaria

Gracia ha desarrollado la noción de normalización o medicalización del comportamiento alimentario. Si bien, se habla de una medicalización⁴⁶ de la vida cotidiana (Martínez, 2004; Meléndez, 1998; Conrad 1980), Gracia ha enfocado sus investigaciones en la complejidad alimentaria. Lo define como proceso de normalización dietética, la construcción de un patrón alimentario específico – la dieta equilibrada- con base en la restricción o promoción del consumo de ciertos alimentos y la prescripción de un conjunto de disposiciones relacionadas con el modo de establecerlo, cuándo y en compañía de quiénes. Dicha normalización se ha concretado, en particular en los contextos de relativa abundancia de alimentos, aunque no exclusivamente⁴⁷, en torno de la dieta equilibrada, un patrón alimentario basado en la restricción y promoción del consumo de ciertos alimentos y nutrientes – qué y cuánto comer- y en la prescripción de un conjunto de pautas relativas a cómo, cuándo y con quién hacerlo, y cuyos objetivos han sido no sólo regular los cuidados del cuerpo y la salud, sino promover, a su vez, un cierto orden social y ético (Gracia 2007b).

Anteriormente, según Contreras, el bien, los ideales de la perfección, de pureza, que antaño se correspondían con valores trascendentales, ahora se corresponden con una buena salud corporalmente idealizada. El mal, los pecados, tales como el abandono a “los apetitos del cuerpo, la gula, la lujuria, la pereza, ya no son castigados con el infierno después de la muerte, sino que conducen a infiernos mucho más inmediatos: la enfermedad, la muerte, la obesidad, manifestaciones de envejecimiento. Signos patentes de pecados contra la higiene corporal y alimentaria” (Contreras 2002:282). El valor moral atribuido a la delgadez y al régimen se justifica generalmente en nombre de la salud. Para este autor, la ideación del cuerpo- joven, bello y sano- ha provocado una transferencia de valores de la que el cuerpo

⁴⁶ Para Martínez y Menéndez, referida como nuevo tipo de dominación que se fundamenta sobre todo en una legitimidad de carácter técnico-científico o legitimidad en relación con el poder médico y la medicalización.

⁴⁷ La Frecuencia de obesidad no es exclusiva de los países desarrollados, afecta a países con menor desarrollo económico (Ver revisión de Peña y Bacallo 2001)

médico ha sido beneficiado en detrimento del clero (ídem: 284). Según Gracia (2005c) coincide con el reconocimiento institucional y político de la nutrición como ciencia especializada en y prescriptora de normas alimentarias, la dieta en la mayoría de las sociedades se ha ido concibiendo como “problemática” y los discursos nutricionales en “fabricas” de moralidad (Gracia, 2005c: 249).

Es así como la relevancia social concedida a la salud y a la aplicación de las normas dietéticas en el paulatino proceso de medicalización de la alimentación (Conrad 1992; Polain 2002 Citado en Gracia 2005c:250) que inició en el siglo XVIII, ha puesto la sustitución de una parte de los motivos pragmáticos o simbólicos sobre los cuales se articula la selección y consumo de alimentos por otros motivos de orden médico (ídem: 249). Por tanto, en la actualidad los comportamientos alimentarios son referidos por las autoridades políticas y los expertos sanitarios, sobre todo a través del discurso de la salud o la enfermedad, se han tornando objeto de incumbencia, en primera instancia, de orden médico.

Según Gracia y Contreras, no debería sorprendernos, la larga tradición de la medicina occidental de proveer información y consejos sobre la cantidad y la composición de la comisa sana, la regulación del peso y la prevención de enfermedades ha contribuido a privilegiar las funciones biológicas de los alimentos a largo del tiempo (Gracia 2005c, 2008a, 2002d; Contreras 1993b, 2002a). Que la interpretación biomédica enfatice los aspectos fisiológicos en detrimento de los sociales responde a una lógica que se ha construido al compás de la medicalización de la alimentación. Según estos autores, los orígenes de esto se remota a los tratados hipocráticos y galénicos, aceptada en el siglo XIX, que, al aludir al cuidado del cuerpo y la salud, hicieron célebre en la Antigüedad clásica la máxima: que tus alimentos sean tu medicina. La relación entre alimento y medicamento era plenamente aceptada, se conjugan las cuestiones alimentarias, de salud y enfermedad, expresada por la teoría humoral (Contreras 1993b:43). Bajo esta concepción, la enfermedad es considerada como el resultado de un desequilibrio humoral y la alimentación como el medio para restablecer el equilibrio (Fischler, 1995c: 226).

Según Gracia, la aplicación de las normas dietéticas pretende sustituir los motivos pragmáticos o simbólicos sobre los cuales se articulan la selección y el consumo alimentario por otros de interés médico. Por influencia de la teoría mecanicista, esta tendencia se acentuó durante los siglos XVII y XVIII al conceder más atención a las cualidades sanitarias de los alimentos. Según esta autora, en 1733 el físico George Cheyne, adoptó la metáfora mecánica del cuerpo según la cual la comida sustituía el combustible que abastecía la máquina humana. Su objetivo era discutir sobre la importancia de los regímenes dietéticos, considerando la dieta “rica”, la seguida por las élites (basada en comidas y bebidas abundantes, exóticas y caras) constituía el origen de numerosas enfermedades, entre la clase alta. A partir del XIX, la prescripción de límites al consumo excesivo de alimentos no sólo se va llevar a cabo en nombre de la “buena salud”, sino también de una cierta delicadeza social y de buenos modales, valorada por las mujeres de clase alta (Mennell 1985 citado en Gracia 2007b:238).

Siguiendo a Gracia, describe en las áreas de influencia protestante, “las recomendaciones dietéticas pasaron a formar parte de una moral-religiosa con implicaciones individuales, según la cual el cuerpo era una parte del reclamo ético: los desórdenes corporales debían resolverse con disciplina, autocontrol y vida sobria, evitando el exceso y el gasto innecesario”. La dieta era entendida como un patrón de evitación o restricción, produciendo, entre otras virtudes, la templanza, el control de las pasiones, la estabilidad mental y la salud corporal. Según la hipótesis de Turner, en este periodo se produjo una afinidad entre la gestión de la dieta y la expansión del capitalismo, de tal forma que la nutrición, disciplinando el cuerpo y procurando por una fuerza de trabajo fuerte y sana, se configuró en una ciencia compatible con el espíritu del modo de producción capitalista (Turner 199 citado en Gracia 2007b: 250). Desde finales del siglo XIX, la dieta de todos los miembros de la sociedad se va a ir construyendo como un problema social, de forma que la gente debía vivir de acuerdo con las recomendaciones nutricionales velando por su salud corporal, especialmente las clases trabajadoras en cuanto que sus cuerpos eran máquinas que les permitían ganarse el pan y, a su vez, contribuir a reproducir socialmente el sistema. En esta línea, para la ideología higienista de finales de siglo, la alimentación de la población sobre todo niños y los pobres, constituyó uno de los principales puntos de preocupación de los médicos en un intento por difundir pautas de conducta higiénica y alimentarias, había que procurar la salud (ídem:252).

En la actualidad, la normalización dietética se ha concretado en torno a la dieta equilibrada, esto es, un patrón alimentario basado en la restricción o promoción del consumo de ciertos alimentos (qué y cuánto comer) y la prescripción de un conjunto de pautas relativas a cómo, cuándo y con quién hacerlo, cuyos objetivos son lograr una nutrición sana exenta de riesgo para la salud. Se evidencia en las múltiples guías publicadas para la promoción de una alimentación saludable al pretender enseñar a comer bien, es decir, en compañía, ni de prisa ni despacio, a masticar pausadamente, entre tres y cinco veces al día, en horarios bien definidos y en variedad y cantidades justas. Asimismo, se promueve una regulación de los modos de vida basada, a su vez, en una responsabilidad del cuidado de sí mismo y la exigencia de una verdadera competencia dietética. A lo que Fischler llamaría, la era del régimen.

Según Gracia, Contreras, Comelles y Fischler, los discursos de base nutricional se convierten progresivamente en excelentes vehículos para, desde una posición moral, instaurar la normalidad dietética y, en definitiva, la normalidad social. El papel que juega la salud pública en la regulación de las poblaciones se constata en la instrucción de las prácticas saludables. La larga tradición médica de proveer información y consejos sobre la cantidad y la composición de la comida “sana”, la regulación del peso y la prevención de enfermedades contribuye a reproducir la estandarización de las conductas individuales. Según Conevey, las conductas son reproducidas, en parte, mediante el discurso de la dieta y la popularización de la noción de vigilancia individual del peso corporal (Conevey Citado en Gracia 2005c:251)

Las asociaciones que en etapas históricas referían al estar gordo o delgado asociadas con prosperidad y enfermedad respectivamente, desaparecen a principios del siglo XX potencializados por los colectivos médicos y la industria aseguradora (Fischler 1995b; Gracia 2002d, 2007b, 2009; Contreras 2002a). La instauración del peso ideal, la obesidad vista desde la perspectiva médica como patológica hacen en definitiva la instauración de un nuevo estereotipo corporal, la canonización de la figura humana. El refuerzo de la industria aseguradora es influyente, al considerar la gordura como un parámetro de riesgo para la salud. La base de la lipofobia y la sacarofobia se asientan y se formalizan después de la

Segunda Guerra Mundial, cuando en las sociedades industriales se empiezan a superar las dificultades de la escasez asociados al periodo de posguerra. La estigmatización de las grasas o el azúcar tienen que ver, tanto con el cambio habido en las normas de peso, potenciado por los profesionales de la salud, como con el cambio paralelo habido en las representaciones sociales del cuerpo a partir de la influencia de la industria de la moda, la cosmética y la alimentación (Fischler 1995b).

En los países industrializados, aunque no exclusivamente, “la distribución social de la grasa” cambia en todo sentido. Hoy los pobres son gordos y los ricos delgados (Barquera, 2006; Peña 2001; Ortiz 2006). Es durante este periodo cuando se produce la convergencia de dos discursos relevantes en torno al ideal de delgadez: el discurso estético y el discurso de la salud. La obesidad se reconoce como una enfermedad y las consecuencias de no hacerlo para evitarla: comer en exceso o comer menos y hacer ejercicio (Gracia 2005c: 252) “estar gordo” se convierte en el principal signo de una trasgresión normativa y, por tanto, de una desviación, como también en un factor de riesgo para la salud (Sobal 1995)

Medicalización alimentaria expresada en la problemática de la obesidad

Según Gracia (2008a), el tema de la obesidad, y la pandemia actual asociada a ella ha sido una de las pautas donde puede observarse la asimilación y expresión de la medicalización alimentaria. Es así como en la progresiva problematización de la obesidad, “han intervenido criterios culturales vinculados con el menosprecio de la glotonería o el valor de la delgadez corporal y, de forma más reciente, criterios sanitarios y económicos por su efecto negativo en la salud y los costos asistenciales”. Al definirla como la acumulación excesiva o anormal de grasa, la obesidad se entiende como una enfermedad global, epidémica y multifactorial. Se relaciona con el incremento de la morbilidad y mortalidad, con enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión o los problemas cardiovasculares, con el aumento de muertes prematuras y pérdida de años de vida saludable y con los excesivos costos asistenciales⁴⁸. Algunos la conciben como una (socio) patología, apoyándose en su

⁴⁸Según la OMS, el problema de la obesidad tendría un costo para México de al menos 150 mil millones de pesos (MMDP) en los próximos 10 años, por los gastos que implicará tratar las enfermedades crónicas que genera, pues el país tiene 70 millones de enfermos.

desigual distribución: “un nivel bajo de educación y un acceso más limitado a la información reducen la capacidad para elegir con conocimiento de causa (ídem: 64-65).

En la mayoría de los países, la obesidad afecta a las poblaciones con menos recursos socioeconómicos y más a las mujeres que a los hombres (Peña, 2001; Guerra 2006; Barquera 2006; Ortiz 2006; Bertran 2010). Aunque se aducen causas de origen endocrinológico, hipotalámico o genético, la obesidad más frecuente, la denominada exógena, se explica por una ingesta calórica superior a la necesaria. La obesidad se considera, dado el incremento de su prevalencia en todo el mundo, una enfermedad de carácter plurifactorial y epidémico que puede prevenirse con estilos de vida⁴⁹ saludables que procuren el equilibrio entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas. Como si comer, de manera absoluta, se tratara de una simple operación matemática (Gracia 2007b:238).

Simétricamente, desde que se vinculó con el incremento de la morbilidad y la mortalidad debidas a enfermedades crónicas no transmisibles y el establecimiento del índice de masa corporal, como el indicador más utilizado para definirla, se instruyó a toda la población –al margen de su heterogeneidad biosocial- para que procurara mantenerse en los límites de su Índice de Masa Corporal (IMC) mediante vigilancia estricta del peso, el seguimiento de la dieta equilibrada y la práctica del ejercicio físico (Gracia 2002d, 2007b, 2009; Contreras 2002, 2006; Fischler 1995b, 2002a). En general, se trata de comer menos y moverse más porque en la actualidad estar gordo se ha convertido en sinónimo de estar enfermo. Según este enfoque medicalizado de la gordura, la obesidad y el sobrepeso, se asimila como evidente, sin serlo aún, que la grasa mata, que la obesidad es en sí patológica y que todos los obesos son sin excepción enfermos o lo serán (Gracia 2007b: 239).

En nuestro país, el aumento de la obesidad es claro, debido a que se “está experimentando una transición epidemiológica y nutricional⁵⁰ que se refleja en una disminución lenta de los problemas asociados con el desarrollo...al mismo tiempo que aumenta dramáticamente la

⁴⁹ La noción de estilo de vida que se utiliza deriva de la epidemiología, a la cual Menéndez considera como concepto que elimina la perspectiva holística, reduciéndolo a conducta de riesgo y limitando o no incluyendo la articulación entre las condiciones materiales e ideológicas (Menéndez 1998b)

⁵⁰ Esto es, una secuencia de modificaciones en la alimentación cuantitativas y cualitativas, relacionadas con cambios económicos, sociales, demográficos y con factores de salud (Barry M. Popkin, 1993),

prevalencia de obesidad...y otras enfermedades crónicas asociadas con la dieta y los estilos de vida” (Barquera 2006:42; Ortiz 2006). Se dice que las dietas tradicionales han sido remplazadas por otras con mayor densidad energética, lo que significa más grasa y más azúcar añadido en los alimentos, unido a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos y de fibra, de frutas, verduras y cereales. Estos cambios se combinan con modificaciones de conductas que suponen una reducción de la actividad física en el trabajo y en el tiempo de ocio (Ortiz 2006; Bertran 2010; Barquera 2006; Guerra 2006).

Es así como los problemas de salud relacionados con la alimentación adoptan un carácter cultural que lleva a calificar a las sociedades modernas de obesogénicas o entornos tóxicos. Por tanto se afirma la necesidad de formar ciudadanos con capacidad de elección (Gracia 2008a: 65). De esta forma desde hace unas décadas, los expertos de nutrición y dietética y las autoridades sanitarias a nivel mundial advierten de la necesidad de seguir una dieta equilibrada dado que con la industrialización y la profusión alimentaria, a los problemas de salud relacionados con la desnutrición se han sumado los derivados de la sobrealimentación y el sobrepeso (ídem: 63). El control de la dieta se impone y constituye otro paso más en el proceso de medicalización de la alimentación (Gracia 2005c:253).

Las contradicciones son evidentes, los problemas alimentarios se conciben como globales y multifactoriales, exigen una respuesta unánime, coordinada por todos los agentes implicados: industria alimentaria, el sector de la publicidad, la comunidad educativa, las diferentes administraciones y los propios padres. Sin embargo, la ideación biomédica de la obesidad es similar y generalizada en todas partes. Se evidencia en las estrategias⁵¹ empleadas para hacer frente a la problemática, donde los objetivos principales de éstas refieren ítems donde, al final, cuenta más la voluntad individual que el compromiso colectivo. La estrategia mundial precisaba que las decisiones sobre alimentación estuvieran basadas en la cultura y las tradiciones y que los planes de acción nacional tuvieran en cuenta estas diferencias, lo cierto

⁵¹ La primera propuesta ha sido *la Estrategia Mundial sobre Régimen alimentario, Actividad Física y Salud* adoptado por la 57ª Asamblea Mundial de Salud (AMS) en mayo de 2004 y desde entonces muchos países han emprendido acciones particulares. En España la *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de obesidad*. En México la campaña *México está tomando Medidas*, entre otras, En Francia *Programme National Nutrition Sant*. En la Unión Europea se ha elaborado para apoyar y complementar las iniciativas nacionales la *Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad física y Salud*, la Red sobre nutrición y actividad física y *la estrategia sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad*

es que las primeras respuestas han sido extraordinariamente homogéneas (Gracia 2008a:68). Es el caso de lograr un equilibrio energético y peso normal, limitar la ingesta calórica procedente de las grasas y azúcares o hacer al menos 30 minutos de actividad regular. Por ello ponen énfasis antes en que los ciudadanos adquieran información nutricional (ídem: 69).

Según Gracia, actualmente, se practica lo que se denomina la “comunicación sanitaria positiva”, es decir, se busca una posición menos culpabilizadora del sujeto, entendiendo que las conductas de riesgo pueden modificarse a partir de la educación de la población y la promoción de la salud. Este modelo de acción, cuyos contenidos morales han sido interiorizados por la formación en forma discursiva (una buena dieta ha de ser equilibrada, suficiente y variada) sigue descansando, no obstante, en la idea de que los cambios en los comportamientos alimentarios descansan sobre dos factores biologicistas (Adam y Herlich 1994 citado en Gracia 2005c: 253).

Así las políticas nutricionales son un claro intento por concretar su influencia en materia educativa y controlar, así, una buena parte de la vida cotidiana a través de las prácticas alimentarias, recurren al principio de que para modificar los hábitos alimentarios es suficiente proporcionar a la población información de base científica y experimental. Dicha información articulada en forma de campañas sanitarias, tiene como objeto (re)educar los comportamientos y reducir así las conductas de riesgo asociadas; riesgos que, por otro lado, siguen comportando costes morales y económicos. Desde esta perspectiva, se trataría de eliminar las motivaciones “no-rationales” que guían las preferencias alimentarias humanas a través de la intervención médico-nutricional y la prescripción de dietas y fijar, así, una acción preventiva general (Gracia 2005c: 253)

Finalmente se instaure la normalidad, estandarización y medicalización dietética de forma generalizada. Como dice Fischler la medicina establece su influencia sobre la alimentación, se busca controlar no sólo la dieta, la alimentación restrictiva de los enfermos sino la dietética y la higiene, o sea, el régimen cotidiano de los sanos (Fischler, 1995b: 226).

Medicalización alimentaria vinculada a los trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios han sido utilizados, también, como vehículo para la medicalización del comportamiento alimentario, desde la conceptualización que se hace de ellos así como de la terapéutica empleada. En los trastornos del comportamiento alimentario es muy común que se responsabilice al paciente y su entorno social de sus males. Comer mucho o poco sería una elección personal, hacerlo ordenadamente o desordenadamente también. Se alude la comida desde la salud y la enfermedad, y sólo se habla de la dieta como medio para no enfermar, aunque ésta sea uno de los motivos por los cuales se inicia, en algunos casos, la “enfermedad”. Hablar de sabores, paladar, placeres de la comida o de sus sinsabores está vedado (Herpworth, 1999, citado en Gracia 2007b:33).

En el tratamiento de los denominados trastornos alimentarios, se limitan a proponer una regularidad alimentaria difícil de cumplir en un contexto donde la pluralidad de las actividades y de horarios fragiliza el seguimiento de las rutinas dietéticas (Contreras y Gracia 2006:129) Se olvida que las comidas son también formas de sociabilidad o placer, y que el rechazo a los alimentos, el ayuno voluntario o el atracón pueden tener significados distintos. Se ayuna por denuncia, necesidad, heroísmo, solidaridad, por el deseo de aceptación o por temor al rechazo. Por su parte, los atracones han sido, y son, una práctica social aceptada y valorada en sociedades que aún sufren, o sufrieron, escasez de alimentos y temor a la hambruna, y en las que cierta talla y peso son sinónimos de fuerza, prosperidad y poder entre hombres, y de fertilidad o atractivo físico en mujeres (Gracia 2007b:33)

El pragmatismo médico se limita a ofrecer protocolos consensuados de diagnóstico basado en manifestaciones clínicas, y a diseños de investigación dirigidos a conocer las bases biogenéticas o de personalidad que predisponen a enfermar y a perfeccionar las metodologías psicométricas destinadas a cuantificar el tipo, el grado y la intensidad del cuadro clínico: distorsión de la imagen corporal, insatisfacción corporal, obsesión por el peso, miedo a engordar, ansiedad ante la comida. Para Gracia (2007b), el objetivo de estas categorías es descriptiva (lista de síntomas, taxonomías discretas) sometidas a paneles de consenso, y no tanto hipótesis causales o de tratamiento, por carecer de teorías y metodologías adecuadas

para gestionar lo social y lo cultural (ídem: 33-34). Estas actitudes traducen concepción de cultura taxonomista que no tienen en cuenta los componentes estructurales y dinámicos de la práctica alimentaria (Sánchez, 2004) sino, más bien, a medicalizar el comportamiento alimentario.

En la actualidad prevalecen en las políticas sanitarias una tendencia a explicar los problemas de salud en relación a determinados estilos de vida, comportamientos individuales y dinámicas intrafamiliares (Lurbe, 2004). Así, la anorexia nerviosa, igual que la obesidad, no escapa a esta concepción y las personas que enferman por no comer o comer poco, lo hacen por miedo a engordar y a partir de la conjunción de diversos factores que se concretan, precisamente, en un perfil psicológico de baja autoestima, en una situación familiar problemática y en una interiorización inadecuado de ciertos valores sociales. Así observamos que tanto la anorexia como la obesidad, considerados signo de desviación y factor de riesgo para la salud desde la visión biomédica, se impone acabar con hábitos alimentarios etiquetados como erróneos a través del control dietético.

El objetivo en primera instancia es restaurar la “normalidad dietética”. Bajo esta lógica, según Gracia, la mayor parte de la población, sobre todo donde hay prevalencias altas de obesidad, no saben qué comer porque son “víctimas” o esta “enfermas” de la abundancia y de la civilización. Por tanto deben, aplicando el principio de precaución, “aprender” a comer “bien”. Así, las personas anoréxicas, bulímicas y obesas, por su propio desorden alimentario precisan, aún más, de la intervención y vigilancia nutricional. Desde esta lógica, sus trayectorias de desviación suponen la pérdida o la anulación de todas las referencias bio-culturales que podrían orientar adecuadamente sus elecciones alimentarias. De ahí que requieran una re-educación (re-programación) alimentaria entendida ésta como una aplicación estricta de la norma: aprender a comer en compañía, ni deprisa ni despacio, a masticar pausadamente, entre 3 y 5 veces al día, en horarios definidos, en cantidades y variedad equilibrada. Es decir, “se pretende sustituir buena parte de los motivos simbólicos, identitarios, económicos o hedonistas que han condicionada las maneras de comer en cualquier cultura y grupo social por otros exclusivamente de tipo dietéticos” (Gracia 2009: 254).

Finalmente se pretende normalizar, medicalizar o estandarizar el comportamiento alimentario de manera generalizada, tomando como lógica el sentido de “precaución” o “prevención”, el mensaje médico no discrimina. Sea para evitar la obesidad o algún “trastorno alimentario” o para restituir “la normalidad” dietética, el imperativo es el régimen.

Las diferencias de género: relaciones entre alimentación e imagen corporal

Existe una estrecha vinculación entre la alimentación y la mujer, así como entre hábitos alimentarios y representaciones del cuerpo, lo cual incorpora implicaciones materiales y simbólicas diferentes entre los géneros (Moore, 1991; Lupton, 1996; citado en Gracia 2002d:361). Para Gracia, la alimentación, entre otras cosas, constituye una vía para la identificación interpersonal. Alimentar es nutrir, es cuidar, es reproducir, es comunicar. A diferencia de los hombres, las mujeres, en parte por disposición fisiológica y en parte por disposición cultural, son quienes alimentan a las personas durante los primeros meses de vida y quienes, en numerosos contextos, acaban cuidando a los miembros del grupo doméstico durante el resto de su ciclo vital: física y psíquicamente (Narotzky, 1988 y Subirats, 1993 Citado en Gracia 2002d: 361)

Los contenidos culturales que se asocian y se derivan de esta función nutridora/servidora son múltiples. Carrasco (1992) destaca aquellos que “...convierten a las mujeres, dentro de los grupos domésticos, en las receptoras naturales de responsabilidades preventivas, terapéuticas y asistenciales en referencia al grupo para el que cumplen la extensión de esas funciones nutridoras.” Esta responsabilidad *natural/cultural* se puede resumir en la práctica predominantemente femenina de nutrir a los diferentes miembros del grupo, de ofrecerles, a través de las prácticas alimentarias, los alimentos listos para consumirse⁵². Esto puede interpretarse, en un primer nivel, como la responsabilidad de satisfacer unas necesidades a través de lo culinario que son, en primer lugar, fisiológicas (de reproducción biológica y de la fuerza de trabajo). Sin embargo, esta tarea “comporta la reproducción y satisfacción de otras relaciones y necesidades sociales y psicológica, tales como reciprocidad, comensalidad,

⁵² En México, según análisis de Pederzine de la Encuesta de Uso del Tiempo 2002, la cocina es un espacio femenino porque no sólo se destinan un tiempo para cocinar, sino todas las actividades involucradas en la preparación de la comida, planear el menú, comprar ingredientes para la preparación, lavar trastes y limpiar la cocina. Así en promedio las mujeres destinan aproximadamente 16 horas en comparación de los hombres quienes participan en 2.9 horas a estas actividades)

principio de autoridad, control o identidad social y personal que se expresa en cada uno de los contenidos de las actividades que incorpora” (Murcott, 1983 citado en Gracia 2002d:361)

Según Gracia y Pederzine (2009), en todas las culturas, la comida es central en el establecimiento de relaciones entre los sexos, en la definición de los géneros y de su sexualidad y, a menudo, las ideas sobre las prácticas alimentarias y el cuerpo reflejan las relaciones de poder y subordinación entre los hombres y las mujeres. En las sociedades occidentales, por lo menos desde hace ocho siglos, las mujeres han usado la comida simbólicamente como una forma de control y poder⁵³. Han sido variados los contextos sociales donde esto ha ocurrido, las mujeres han utilizado el comer compulsivamente, la obesidad, el ayuno o los valores simbólicos de la comida, como vía para expresar y vencer los problemas por alcanzar un lugar significativo en el mundo donde ellas están, por definición, subordinadas (Counihan, 1999). Así, para Gracia, la comida – su restricción o su consumo excesivo- constituyen un elemento para el control personal del peso y, en definitiva, de la imagen corporal, la cual es crucial en las representaciones sociales y en la distinción de los sexos.

Esta distinción se evidencia en las representaciones que se tienen respecto a la corporeidad. Fischler, señala que en el hombre se permite, aún ahora, cierta robustez a diferencia de las mujeres, considerando que los cánones de belleza han sufrido cambios importantes en relación con los de las sociedades tribales y con épocas anteriores de nuestra propia sociedad. La delgadez, la apariencia juvenil es hoy deseada por las mujeres de todas las edades. Aunque el cuerpo femenino tenga, comparativamente, mayor predisposición a la grasa y el masculino al músculo, el cuerpo robusto o gordo en las mujeres no es considerado bello ni sexualmente atractivo. (Contreras 2002a)

Así, en los últimos años, se ha construido un nuevo estereotipo de mujer basado en las “supe mujeres” que viven entre la carrera profesional y la familia (Fischler 1995d). Para Contreras, este nuevo estereotipo presenta una mujer emancipada económicamente, inteligente, activa y

⁵³ En México se utiliza mucho en sentido figurado el uso de dichos que hacen referencia a este poder , por ejemplo: “ el amor no entra por los ojos sino por el estomago”

seductora, pero sin eliminar los papeles tradicionales de responsabilidad doméstica de madre y esposa (presentado en la publicidad sobre todo). La imagen femenina (recurrente en los medios de comunicación) incluye una representación reestructurada del cuerpo físico y una relación de la mujer con su cuerpo distinta a la mantenida anteriormente. El rol de la esposa moderna, sexualmente activa, contrasta fuertemente con el de la mujer puritana del siglo XIX, más preocupada por la maternidad que por su atractivo sexual. Por estas y otras razones, el actual culto a la juventud aparece muy fuertemente entre hombres y mujeres, aunque el atractivo físico es más importante para estas últimas. La preocupación por la salud va acompañada de la preocupación por la línea, es decir, por la belleza (Contreras 2002a)

Para Fischler, los roles sociales son puestos en tela de juicio. Las imágenes tradicionales de virilidad, feminidad, infancia y adolescencia se confunden. Para este autor, en las sociedades desarrolladas, la fecundidad ya no es tan unánime, monolítica o valorizada, ya no es el núcleo central de la identidad femenina. La reproducción y la fundación de una numerosa descendencia ya no son garantía de una vejez apacible. Los objetivos son más inmediatos e individualistas. El adelgazamiento del modelo corporal coincide con una evolución civilizadora de las costumbres y de la división de los papeles entre los sexos. La mujer se realiza no necesariamente en la reproducción, sino en la producción y la creación. Su función y destino dejan de estar dictados por la familia y el linaje, convirtiéndose en sujeto de su propio destino, entramada cada vez más en la lógica del dominio de sí y, por tanto, del dominio del cuerpo. El parto cambia de sentido, en lugar de ser una función o fin natural se vuelve una experiencia íntima, una gratificación, un resultado personal. Para Fischler, la feminidad, entrando en crisis, ha iniciado un proceso de reconstrucción, donde *la mujer moderna es delgada porque es gorda por si misma* (Fischler 1995d:355)

Esto permite que se logre la articulación entre claves sociales y claves alimentarias. Se plantea la compatibilidad o ajuste entre la nueva identidad social y las especificaciones biológicas de la mujer. Para Fischler (2002a), existe una fluctuación general, una crisis de los códigos y representaciones alimentarias, que traduce una crisis más general de la cultura y de la civilización, y que abre el espacio para una crisis biocultural de la alimentación. Así, los nuevos valores instan a comer menos para estar más bellas, mantener el equilibrio nutricional

sin apenas comer, mientras que, por otro lado, tienen que comprar y preparar comidas deliciosas para los demás. Conflicto de difícil solución, las mujeres transitan entre comidas fáciles, alimentos dietéticos y siguen rodeadas de obligaciones con la comida. De esta forma la alimentación y el cuerpo son vías de conflicto, provocando en muchos casos, que sus exigencias restrictivas sean asimiladas de forma poco coherente y den lugar a conflicto (Contreras y Gracia 2006)

Los trastornos alimentarios desde la perspectiva médica y el enfoque feminista

Desde la biomedicina, y según los datos epidemiológicos, son las mujeres quienes tienen más riesgo que los hombres de padecer “trastornos del comportamiento alimentario”. Gracia señala, que esta visión se da porque la biomedicina considera que las mujeres son más sensibles a las presiones sociales sobre las formas corporales y más vulnerables a las alteraciones nutricionales. Para esta autora los trastornos se presentan desde la biomedicina como enfermedades mentales cuyo trasfondo psicológico y biológico de los síntomas no se puede desligar del contexto en el han sido elaborados. Así, señala que la asociación que se hace sobre trastornos y mujeres jóvenes, se explica por una supuesta mayor dependencia personal y emocional, por una menor autoestima por una relativa incapacidad para comunicarse o por su inclinación a acatar más estrictamente o menos críticamente los dictámenes del marketing y la moda. (Gracia y Comelles 2007:35) Sin embargo, fuera de la clínica, los autores consideran que se evidencian sus contradicciones y se “proyectan de modo más transparente metáforas y valores – buenos y malos- sobre ciertas formas de comportarse con la comida y con el cuerpo: el cuerpo como prisión, la vida como un menú, el ayuno como autocastigo, la gordura como epidemia...” (Gracia 2007e:29)

Según Gracia, el feminismo señala la imagen social de la mujer como causa principal de los problemas del comportamiento alimentario, considerando que la obligación social que recae sobre la mujer de ser artificialmente delgada, los medios de comunicación contribuyendo a la *fetichización* y a la cosificación de un cuerpo femenino anormalmente esbelto, o el apremio para que las mujeres se esfuercen en ser buenas esposas, madres, trabajadoras y atractivas amantes (*superwomen*), constituyen algunas de las razones originarias que envuelven a estos

problemas. Las demandas feministas han puesto atención en los factores culturales que contribuyen a los trastornos del comportamiento alimentario (Gracia 2002f)

Chernin (1985), habla de la “tiranía de la delgadez”, la cual limita el desarrollo de la mujer desde todos los puntos de vista: social, personal y físico. Chernin equipara metafóricamente los estándares de belleza más delgada con las presiones a que están sometidas las mujeres de “hacerse más pequeñas, más estrechas, más ligeras, con menos gravedad, de reducirse a sí mismas” (Citado en Gracia 2002f:371). Las mujeres, a diferencia de los hombres, parecen tener la obligación de avergonzarse de sus cuerpos y, en consecuencia, proceder a modificarlo a través de cualquier procedimiento. Chernin, apunta que las mujeres se ven forzadas a imitar a los hombres para acceder al poder, adoptando el semblante masculino en los centro de trabajo. Así, “la presente epidemia de los trastornos alimentarios debe ser entendida como una profunda crisis de desarrollo en una generación de mujeres todavía profundamente confundidas, después de dos décadas la lucha por la liberación femenina, acerca de lo que significa ser mujer en el mundo moderno” (Chernin 1985:17)

Según Chernin, los problemas alimentarios que aparecen, sobre todo en la adolescencia, muestran conflictos graves de identidad femenina en edades en que las mujeres son invitadas a replicar todavía la imagen burguesa sobre aquello que ha de ser una mujer: a reproducir una ideas que enfatizan el cuerpo físico, la imagen externa más que su cerebro, mientras que experimentan la transformación sexual de su cuerpo. Estos conflictos con la comida son manifestaciones de problemas de identidad que esconden una profunda lucha de separación entre madre/hija adolescente, especialmente cuando se espera que la hija supere a la madre en la inserción social. Para esta autora, dichos cambios obedecen a que la situación sociocultural de las mujeres se transforma sobre todo desde la década de los sesenta y las actitudes así como las tareas productivas cambian, son productivas en tanto son remuneradas. La formación académica también comienza a valorarse más que las responsabilidades reproductivas. De hecho, la hija ha de “sentirse sujeto femenino, físicamente, pero también sujeto social, dando un rendimiento intelectual” (Chernin 1985 Citado en Gracia 2002f:372)

Por su parte Bordo (1993: 23-42) amplía las explicaciones reducidas al vínculo madre/hija, explora minuciosamente las complejas intersecciones y las cristalizaciones de la cultura que están presentes en los fenómenos de los trastornos alimentarios. Tales elementos incluyen las actitudes culturales generales, la valoración de la delgadez en nuestra cultura, el rol de la cultura de consumo, las representaciones culturales de la mujer, de la abstinencia y de la comida, la medicalización de los desórdenes alimentarios y de otros desórdenes femeninos (histeria, desórdenes de ansiedad, obsesión, etc.). Su análisis plantea un proceso dialéctico, identificando las cristalizaciones e interacciones mutuas, en contraste con los modelos causales dualísticos que aportan las perspectivas médicas (normal/desviado). La crítica más fuerte que hace al modelo médico reside en su argumento de que el peso de las mujeres y las conductas dietéticas voluntarias “normales” permanecen en el mismo *continuum* que los desórdenes alimentarios femeninos: “la mayoría de las mujeres en nuestra cultura, entonces, están “desordenadas” a consecuencia de valorar, autorizar y confrontar a sus propios cuerpos; los desórdenes alimentarios, lejos de ser estafalarios y anormales, son completamente continuos con el elemento dominante de la experiencia de ser mujer en esta cultura”. Para Bordo, es insensato sugerir que la intensificación de la preocupación por las formas corporales y las dietas, comúnmente en la población no clínica de adolescentes, puede ser la indicación de una expresión parcial, o ligera, de la enfermedad. Según Bordo, el modelo médico de los trastornos alimentarios como enfermedad/dolencia es tan firme que le procuraría medicalizar a la mayoría de las mujeres adolescentes.

Bordo y Chernin siempre han acentuado en sus trabajos la intersección de la cultura con la familia, el desarrollo económico e histórico y las construcciones psicológicas del género, constituyendo estas variables el eje del modelo cultural/feminista predominante que ha dado hipótesis de trabajo realmente sugerentes. Bordo señala que esta corriente es la única que ha amenazado profundamente el modelo médico o, al menos se ha enfrentado a él, al ofrecer alternativas teóricas y metodológicas para el abordaje de estos problemas. (Citado en Gracia: 373).

Los trabajos de Chernin y Orbach desafían la designación de *Trastornos alimentarios* como psicopatologías, enfatizando los aspectos aprendidos e incorporados de estas conductas y

rescatando los roles de la cultura y del género como factores primarios en el inicio de los trastornos alimentarios, antes que como mantenedores o contributivos, a la vez que refuerzan la reasignación de las causas disfuncionales individuales a los factores sociales. La crítica, también, incluyen una dimensión más amplia e, incluso, contextualizan los trastornos conjugando los roles que desempeñan las preocupaciones médicas y de salud mental, los organismos corporativos, la industria de la belleza y la moda y otros intereses creados.

En cuanto a las causas que apuntan que las mujeres son las más afectadas por los trastornos alimentarios, *“las mujeres sufren trastornos del comportamiento alimentario porque hay algo erróneo o confuso en ellas: están “loca” –o al menos son mentalmente anormales- o tienen deficiencias bioquímicas”* (Gracia 2002g:374). La posición del modelo feminista/cultural considera que, si bien, el entorno cultural ayuda al incremento de las psicopatologías, no se puede considerar la causa. Para Bordo, la respuesta a esta crítica es clara: “No todos estamos expuestos de igual manera a este entorno cultural, sino que dicha exposición se ve condicionada por factores como la etnia, la clase social, la edad, la educación, la religión, la orientación sexual, la familia o la estructura genética, de tal forma que se producen interacciones personales con las imágenes culturales y, en consecuencia, interpretaciones y respuestas diversas” (Bordo 1993:139)

Los estudio de Zafra (2009, 2008a, 2007b) nos muestran un ejemplo de lo anterior. La autora hace énfasis en los aspectos aprendidos e incorporados en la afectación de la problemática alimentaria en mayor proporción en mujeres que en hombres así como la inoperatividad de los criterios o categorías que presumen un diagnóstico de “trastorno” desde la biomedicina. Zafra analiza y contrasta los discursos de hombres y mujeres adolescentes diagnosticados con algún “Trastorno Alimentario” con los de otros pares sin un diagnóstico médico, mostrando como la socialización alimentaria puede dar cuenta de la causalidad y sintomatología.

Zafra muestra que son los procesos de socialización con la cultura los que inciden en la conformación e interiorización de prácticas y actitudes hacia la comida y la alimentación diferentes y desiguales en hombres y mujeres. Su análisis muestra como se expresa una mayor o menor “susceptibilidad” de un género u otro a padecer un determinado problema

alimentario, encontrando similitudes en el discurso entre los diagnosticados y no diagnosticados en relación con los criterios diagnósticos propuestos por la medicina que caracterizan los Trastornos Alimentarios como la “distorsión de la imagen corporal”, la “insatisfacción corporal y el rechazo a mantenerse en el peso adecuado”, el “miedo a engordar”, y los “atracones y comportamientos compensatorios”, no sólo aparecen en las personas diagnosticadas de TCA, sino también en la mayoría (más del 50% de los casos) de los/as adolescentes “no diagnosticados/as” entrevistados/as. También hace evidente las diferencias de género al respecto. La insatisfacción corporal, el miedo a engordar, la distorsión de la imagen, los atracones y los comportamientos compensatorios están más presentes en las mujeres que en los hombres. Zafra observa y evidencia que el significado que durante el proceso de socialización va adquiriendo el comer y/o el no-comer para los hombres y las mujeres es distinto y desigual en tanto que también lo es su contexto de socialización, es decir, la manera como interaccionan en y con el medio familiar, los/as amigas/os, la escuela y los medios de comunicación. Para Zafra, mientras que a las mujeres se les enseña y aprenden más a controlar su cuerpo y a manifestar sus sentimientos a través de la alimentación, a los hombres se les enseña y aprenden más a controlar su cuerpo y expresarse a través del ejercicio físico y el deporte. Así, la autora muestra cómo estos factores del proceso de socialización condicionan el aprendizaje diferente y desigual en función del género con respecto a la alimentación.

Como podemos observar, los argumentos acerca de las causas y el abordaje de esta enfermedad van y vienen, oscilando en la actualidad entre las corrientes que ponen su énfasis en el tratamiento individual de las personas que presentan estas conductas/desviaciones, aun reconociendo la contribución de las presiones del entorno, y en las que fijan su interés en los resultados de la encrucijada cultura/persona, reclamando una mayor intervención sobre el plano social como origen primario de estas conductas, que presentan, por otro lado, una continuidad subyacente a los elementos normales de la cultura (May, 1995:107 Citado en Gracia 2007b). Sin embargo, como menciona Gracia: “lo que entra en cuestión es el éxito de cada una de las perspectivas que intentan dilucidar el por qué de las conductas alimentarias consideradas *trastornos*”. Se plantea cuánto éxito ha tendido el modelo feminista/cultural frente a las pretensiones médicas basadas en las disfunciones individuales, desviación y

estigma que, que a su vez están siendo legitimadas por los medios, los organismos corporativos, las industrias de la cosmética o la moda como la verdad objetiva. Para algunos autores (Gracia, Contreras, Fischler) la respuesta parece obvia, “en el debate público y en el abordaje clínico prevalece quien más poder y reconocimiento social tiene, y en este caso, no cabe duda que el modelo médico es el hegemónico” (Gracia 2002g: 374).

En este sentido, con certeza podemos decir que el “trastorno por atracón” será eventualmente considerado un “trastorno alimentario”, a pesar de la controversia de sí es o no un trastorno clínico. Evidenciamos que ha empezado ya desde la década pasada hacer eco no sólo en la comunidad biomédica sino se ha trasladado en el sentir de diversos grupos sociales. Esta resonancia se debe a la relación existente entre la obesidad y la “conducta” considerada inadecuada, la cual es una de las características particulares, aunque no exclusiva, que presentan las personas que en teoría padecen el trastorno. La obesidad considerada como epidemia se ha intentado “controlar” desde la perspectiva médica sin mucho éxito, buscando causas genéticas, y de otro orden, sin profundizar concienzudamente en la estructura social y cultural como raíz del problema. Se hace evidente que la hegemonía médica orienta determinadas conductas sin tomar en cuenta los efectos de las mismas. Los observamos en los datos estadísticos que presenta la Encuesta de Salud y Nutrición (2006) donde los escolares varones tienen una prevalencia más alta de sobrepeso y obesidad que las mujeres de la misma edad, cuando en la década anterior ambos habían presentado un comportamiento similar. Si bien, sólo se tiene un dato numérico, podemos empezar a ver los efectos de los mensajes médicos, entre otras, sobre la conducta alimentaria y en quiénes está teniendo mayor impacto.

CAPÍTULO III

**“COMEMOS POR ALEGRÍA, POR TRISTEZA, HASTA POR AMOR”
INTEGRANTES DEL GRUPO DE COMEDORES COMPULSIVOS ANÓNIMOS**

En este capítulo y el siguiente describiremos la forma en que se fue construyendo el problema alimentario desde la perspectiva de los actores sociales que participaban como miembros activos de dos grupos de autoayuda mediante la descripción y análisis de la biografía de cada uno de ellos. Específicamente, en este capítulo, trabajaremos con los integrantes del grupo de Comedores Compulsivos Anónimos.

Antes de profundizar en las biografías describimos de manera general la dinámica del grupo al que pertenecen estos informantes, además de evidenciar los elementos en que basan su terapéutica y la forma en que ésta influye o no en la configuración de malestar alimentario.

La problemática alimentaria en el grupo de Comedores Compulsivos Anónimos (CCA) orienta su terapéutica en los Doce Pasos al igual que los grupos de Alcohólicos Anónimos, sustituyendo la situación de alcohol por la comida. En este grupo, se enfatiza el trabajo terapéutico de manera diferente al grupo de Tragones Anónimos (TA), de aquí la importancia de presentarlos de manera separada.

Los elementos utilizados como parte de la dinámica terapéutica del grupo CCA se da a través de la catarsis, ésta consiste en el desahogo verbal por parte de los miembros ante el grupo, de los motivos que encuentran y que obstaculizan el control en sus comidas. Otro punto central es la identificación de un alimento que los compulsiva, se creó que éste es el causante del desbordamiento alimentario. La identificación de éste, comúnmente está relacionado por un vínculo afectivo o emocional, que generalmente se asocia a vivencias en la infancia en términos negativos, aunque también pueden asociarse a vivencias consideradas positivas. Por tanto es indispensable llevar a cabo una revisión exhaustiva de su vida, conocida también como examen de conciencia, bajo la asesoría del padrino, el cuál es elegido por la misma persona.

Si bien, se sujetan teóricamente a los 12 pasos que manejan los grupos de autoayuda, ellos focalizan mucho en el cuarto paso, que consiste en el examen de conciencia. Una vez que han realizado este paso tienen que haber identificado el alimento que “los compulsiva”, así como también los motivos, las situaciones y las personas que se vinculan al desarrollo de la

“compulsión alimentaria”. En otras palabras, identificar lo anterior implica encontrar la causa de su problema alimentario. De esta manera ellos adquieren *un grado de conciencia* que les permite conocer el por qué de su desbordamiento y por tanto controlarlo. Este control se logrará con los elementos que proporciona el grupo, uno de ello es el uso de la tribuna, un espacio para verbalizar su problemática alimentaria, cómo se sienten cada uno de ellos, qué les hace perder el control y los recursos utilizados para controlarse.

En la práctica observé que no necesariamente llevan a cabo el cuarto paso para identificar el alimento que los compulsa, algunos lo identifican en el trabajo individual que tienen con el padrino, otros en la tribuna y otros más no logran encontrarlo aún, pueden hablar de sus gustos y preferencias por un alimento en particular pero no encuentran un vínculo emocional o afectivo. En teoría la compulsión se genera por ésta relación.

Por otro lado, este grupo no maneja un plan de alimentos ni de comidas, más bien se sugiere evitar el alimento que provoca la compulsión y se maneja en términos de “abstinencia”. El alimento que compulsa debe evitarse, no debe comprarse, ni probarse, ni consumirse. Se evita en todo momento el uso de báscula para pesarse, así como también no se recomienda “ponerse a dieta”, consideran que el régimen dietético provoca más angustia, ansiedad y descontrol. Dentro de su literatura: “Dignidad en la elección” se brinda sugerencias generales para llevar una dieta sana, realizar el desayuno, comida y cena, consumir frutas y verduras, disminuir los alimentos con grasa y azúcar. Se admite consumir café con edulcorante entre comidas cuando se está en abstinencia pero no se permite comer otro tipo de alimentos.

El objetivo no es la dieta o régimen dietético sino poder establecer la abstinencia, ayudándose con los elementos que brinda el grupo: la terapia de reflejo, la cual se da en la tribuna por medio de la catarsis, la asistencia al grupo, la asesoría con el padrino. Además de asumir que se requieren de todas estas herramientas para controlar la problemática alimentaria, que debe ser entendida como una enfermedad incurable, por tanto sólo controlable. De esta forma se introduce una idea de dependencia al grupo.

Una característica diferencial con el grupo de TA radica en considerar de manera explícita que

la compulsión alimentaria está vinculada a un problema emocional o afectivo. Es en este sentido que su terapéutica se basa en identificar las emociones, porque éstas son las causantes del desbordamiento alimentario. Pueden estar en régimen dietético, buscado fuera del grupo y perder peso corporal, pero esto no significa que estén “bien”. Forzosamente tienen que controlar sus emociones para que sea efectiva la pérdida de peso y no recaigan nuevamente en el descontrol alimentario. Los antecedentes que tiene a este respecto se basan en la experiencia de otros miembros que lograron perder peso corporal pero no trabajaron la emociones recayeron e incrementaron nuevamente de peso, ésa es una de sus principales justificaciones para mantener la dependencia de los miembros al grupo.

El grupo CCA en el que trabajamos se encuentra establecido en un apartamento pequeño que rentan por tres mil quinientos pesos. Éste incluye una cocineta, un cuarto amplio y otro más pequeño, además de baño. En el cuarto amplio es donde normalmente sesionan y el pequeño lo utilizan para las asesorías de apadrinamiento. En la cocina normalmente tienen utensilios para la preparación de café y agua.

La información se despliega en forma de relatos biográficos de cada uno los informantes que participan en este grupo, consideramos es ésta la mejor manera de identificar la configuración del malestar alimentario. Las biografías se muestran mediante la descripción de sus situaciones de vida en cuatro ejes temáticos, el primero nos permitirán conocerlas, saber quiénes son, mostramos las situaciones de vida más relevantes que identificamos condicionan el desarrollo del conflicto alimentario, en el segundo describimos su experiencia en torno al malestar alimentario, el tercero las diversas formas que han incorporado para resolver su problemática, finalmente detallamos los resultados obtenidos de cada estrategia utilizada para confrontar su conflicto alimentario.

Los integrantes de este grupo son 10 miembros activos, sólo seis integrantes del mismo aceptaron participar como informantes en el presente trabajo de manera individual, por las dificultades ya mencionadas en la metodología no se trabajó de manera grupal. A continuación describimos las características generales de estos informantes. En este grupo participaron Gladis, Romina, Pedro, Nadia y Martha. El caso de María inicialmente participaba

como miembro del grupo de CCA, fue en éste donde la contacté, no obstante se adhirió al grupo de TA en el transcurso de la investigación por tanto se trabajará como integrante de ese grupo.

Gladis

Es una mujer de 37 años, de piel morena, cabello negro y corto, de ojos son oscuros y facciones gruesas, su nariz es ancha y su cara redonda. Su constitución es robusta, se evidencia en su físico y estructura, en sus piernas gordas, brazos grandes, su cadera ancha, no muy acinturada y su busto abundante. Aunque es de estatura media, mide 165 centímetros, se ve más alta del promedio. Se esmera en su arreglo personal, se maquilla los ojos, usa delineador para el contorno de los ojos y rímel en las pestañas, en ocasiones usa base de maquillaje para ocultar marcas de acné en sus mejillas, resultado de su descuido personal por muchos años, refiere ella. La mayoría de las veces se pinta los labios con tonos relativamente claros. Su vestimenta es importante porque la hace lucir arreglada, luce con ropa moderna, usa jeans, en una de las entrevistas vistió falda corta tipo minifalda, usa blusas ajustadas, a veces sin manga, ropa deportiva según la ocasión, trata de combinarla, el zapato alto, se alterna con el bajo, usa sandalias, trae pintadas las uñas de pies y manos.

De carácter alegre, sonrisa franca y abierta que permite ver sus dientes blancos y muy bien alineados, éstos son importantes para ella, pues considera que son uno de sus principales atractivos, además de sus piernas. Su timbre de voz es fuerte y enérgico representa sus 37 años de edad y la madurez que le dio ser la mayor de tres hermanos, dos de ellas mujeres, y responsable de ellos tras la muerte de su madre ocurrido en un accidente automovilístico cuando tenía 20 años.

Sus padres eran originarios del estado de Oaxaca, refiere que se conocieron en la ciudad de México, pero debido al trabajo del padre se instalaron en Cuernavaca antes de casarse. Los recuerdos que tiene de la infancia los califica como buenos, su madre se dedicaba al hogar y los atendía de tiempo completo. Su padre trabajaba en la venta de productos para el hogar y vendía de casa en casa. Menciona que ella, al igual que a sus hermanos, le tocó ayudar a su

padre en el negocio, el cual les permitió incrementar su solvencia económica posibilitando la compra de dos casas habitación y sufragar los costos de los estudios universitarios de ella y sus hermanos.

Menciona que el negocio de su padre lo había iniciado desde antes de casarse pero que prosperó posteriormente. Considera que tuvo muy buenas épocas durante la infancia y todavía antes de que muriera su padre se obtenían buenas ganancias, uno de sus hermanos aún lo mantiene. No recuerda haber padecido carencias económicas, más bien refiere que la situación económica iba siendo favorable debido al negocio, a pesar de que su padre tenía un problema de alcoholismo. No obstante, la situación económica se veía reflejada en la abundancia de alimentos ofrecidos. Recuerda la importancia que daba su padre a que “hubiese comida en casa” o la “salidas a comer fuera” “siempre había mucha comida” refiere abundancia en términos de cantidad aunque no de variedad.

“...en la casa nunca faltó comida, siempre había, de hecho aunque mi papá tomaba y todo, siempre había comida...”

“En mi casa no fuimos pobres ni tampoco ricos, pero mi papá siempre nos dio para que estuviéramos bien, pero de lo que yo me acuerdo y creo que también es parte de mi problema de la comedora es que nos llevaban a comer tacos... nos comíamos sopes, tacos, refresco, cenábamos puras porquerías de tacos”

“...imagínate, todos bien gordos, comíamos mucha grasa, pan, tortilla, todo frito, empanizado, mi mamá guisaba mucho estilo Oaxaca con chile, los guisos de pollo o lo que fuera pero usaba mucho comida condimentada, una tortillotas, luego las hacía... mi papá nos compraba tamales para cenar, todo con T...tacos, tostadas, tortas...”

“...siempre tortillas, este la sopa, el guisado y párale de contar, entonces gracias a Dios en mi casa nunca faltó y es lo que siempre comíamos...”

“...entonces trato como de mejor, este, no comer pero si lo como, claro que me gusta, todo lo grasiento, me gusta, entonces, sí...”

“...se comen lo que hay pues, lo que encuentras, o lo que tienes que comer, o sea no hay un cuidado por la comida entonces siempre crecí así, lo que era obviamente en casa nunca hay esa cultura de que comas verduras, que comas frutas”

Gladis considera que el problema de la comida es de familia, menciona que prácticamente todos son gordos, tanto del lado del padre como de la madre tienden a la obesidad, ésta se debe a la abundancia en la comida y a una cuestión genética. Gladis concluye que ésta última es importante ya que todos son “gordos”, lo expresa en términos de una especie de

“herencia”. Además las costumbres de sus antecesores, también heredadas, en la manera y tipo de preparación, es otro elemento que favorece la gordura.

Su problema de “gordura” es desde la infancia, tiene en mente un recuerdo de inconformidad sobre su uniforme escolar en la primaria al vestirlo: “me quedaba apretado” “me sentía apretada”. Pero según refiere, ésta situación no tuvo mayor relevancia. Sus hermanos también fueron “gorditos” sobre todo el hermano varón, que desde pequeño le recomendaron en la escuela que debería “ponerse a dieta” “era el más gordo de todos”. El hermano fue determinante en la decisión de Gladis sobre una de las opciones terapéuticas que empleo para perder peso posteriormente.

“...en la primaria siento que si estaba un poquito excedida porque yo siempre me traumaba porque tenía un uniforme de chaleco y has de cuenta de que el chaleco me queda bien apretado, entonces obviamente si estaba gorda y la ropa de educación física siempre me compraban la talla de niña, yo creo la que me tenía que tocar y pues me quedaba siempre todo apretado, todo siempre apretado, eso fue siempre la cuestión toda apretada la ropa, entonces yo pienso que también cuando estaba en la primaria estaba gorda, en la secundaria no se diga, sí estaba gorda, siempre, siempre, pero no me... o sea, yo todavía no sabía que era un problema menos en la primaria en la secundaria”

La infancia de Gladis no tuvo mayores eventualidades, la situación familiar era llevadera y estable, aunque el padre tenía problemas de consumo de alcohol y era un “poco enamorado” nunca faltó a sus responsabilidades. La situación del alcoholismo era “tolerable”, el padre bebía todos los días, pero según Gladis trabajaba mucho, “sus jornadas de trabajo eran extenuantes”. Aunque existía el malestar por la conducta del padre, ésta resultaba en conflicto más con la madre que con ellos como hijos.

La situación se tornó complicada a causa de un accidente automovilístico en el cual falleció su madre. Menciona que salieron sus padres y hermanos de vacaciones a visitar a la familia en Oaxaca, de regreso a Cuernavaca, su padre que venía conduciendo perdió el control del vehículo, todos salieron heridos y fueron trasladados al hospital. Su madre estuvo en cuidados intensivos y duró solo 15 días con vida después del accidente, Gladis aún permanecía en el hospital cuando se llevó a cabo el sepelio, ella tenía 20 años.

Este suceso afectó y cambió de manera fundamental la vida de Gladis porque representó asumir responsabilidades como hermana mayor, además del dolor por la pérdida que consideraba fue de una magnitud, casi insoportable. El duelo fue algo que aún no ha logrado conciliar, piensa que su madre era muy joven para morir, tenía 39 años, también menciona que el hecho de no haberla visto en sus últimos momentos es uno de los motivos que impidieron la superación del duelo “no pude ni despedirme”

Gladis tuvo que asumir a los 20 años de edad la responsabilidad de cuidados de sus hermanos y de su padre. Esta situación provocó muchos conflictos familiares, sobre todo con los hermanos, inicialmente en Gladis recayó la organización de la casa, las compras, la preparación de la comida, además de sus responsabilidades individuales que implicaba la escuela. A pesar de su situación concluyó sus estudios universitarios, se tituló de la licenciatura de Contador Público y se incorporó a trabajar en el gobierno del estado, en una instancia de la Secretaría de Educación Pública conocida como IEBEM (Instituto de la Educación Básica del Estado de Morelos) como auditora.

La situación familiar resultaba sumamente conflictiva sobre todo con los hermanos que no querían estar bajo las órdenes de Gladis, además se agudizó el alcoholismo del padre, quién se culpaba del deceso de su esposa. Gladis refiere que asumió no solo la responsabilidad de sus hermanos sino también de salvar a su padre del alcoholismo, comprendía porque bebía, “lo entendía” y buscaba formas de ayudarlo. Esta situación derivó en conflicto fuerte, por un lado los hermanos no querían seguir bajo el cuidado de Gladis y por otro el padre tampoco quería ser “salvado”.

Gladis profesaba la religión católica, hasta los 25 años perteneció como miembro activo a la congregación de las religiosas Clarisas, parte de buscar ocuparse de los demás proviene de las ideas religiosas que en ese tiempo influían su vida. Actualmente, considera que esta etapa y la influencia religiosa favorecieron sus inseguridades para establecer una pareja, refiere un descuido personal, además de que limitaron su experiencia sexual. De hecho le molesta cuando la gente la ubica en esa época de su vida, es parte de un pasado que no le gusta recordar, sobre todo porque empezó a mantener relaciones con un hombre casado, ella

refiere que siempre criticó mucho a las mujeres que andaban con hombres casados y ahora ella se encuentra en una situación igual. Este escenario le resulta conflictivo y ha optado actualmente por separarse tajantemente de la religión.

Su situación familiar llegó un momento a ser insostenible, particularmente porque la hermana menor “salió embarazada”. Lo cual provocó que Gladis, a sus 32 años, decidiera independizarse, se fue a vivir a la casa que utilizaban para el negocio, acondicionó la parte superior, la amuebló, decoró y se mudó.

Experiencia de su malestar alimentario

Después de casi tres años de vivir sola inició un romance con un hombre que conoció en el trabajo, él se dedicaba a bolear los zapatos. Ella había hecho uso de sus servicios muchas veces, sin embargo, un día él empezó a coquetearle, la empezó a seducir tocando sus pantorrillas con una sutileza que inicialmente Gladis no comprendía, después se dio cuenta que lo buscaba, que le gustaba este juego que se había establecido entre ellos. Finalmente, él le propuso directamente un encuentro. Accedió, a pesar de que tenía sus dudas, puesto que ella sabía que era casado, además pertenecía a un nivel económico menor al de Gladis, refiere que le daba pena mencionar su oficio con sus amigos y familiares. El encuentro se dio, ella lo llevó a su apartamento. Tenía miedo, estaba nerviosa, no sabía qué hacer. Él no creía que ella fuese virgen y que fuera su primera experiencia. La cual resultó no ser tan agradable como había pensado, sin embargo continuó.

Lo que la enganchó y por qué permitió que la relación prosiguiera, Gladis menciona que ese hombre le recordaba a su padre, era originario de Oaxaca, de tez moreno y robusto, había sufrido mucho porque había sido niño de la calle y también tenía problemas de alcohol. Pensaba que ella podía rescatarlo, se veía como su salvadora. Los encuentros se daban a escondidas sobre todo por las noches, se enamoró y quería que la relación trascendiera, pero él se dio cuenta y le dijo que no se podía, puesto que él no podía darle lo que ella quería ya que era casado, tenía hijos, además de sentirse inferior a ella, no tenía estudios, ni preparación, ni un buen trabajo.

Él terminó la relación. Esta ruptura la afectó de sobremanera, buscaba explicaciones, no entendía el por qué de este rompimiento. Encontró una que la convenció: su *gordura*. Él no quería estar con ella puesto que era gorda, este atributo lo considera como sinónimo de fealdad y descuido, por los cuales actualmente ella empeña tiempo y esfuerzo en su arreglo personal. Fue entonces cuando aceptó la recomendación de su hermano para asistir con una nutrióloga, él había estado en tratamiento con resultados sumamente positivos.

Gladis aceptó ir con la nutrióloga y se adhirió fielmente al tratamiento. Pensaba que sí lograba bajar de peso corporal, su ex pareja regresaría con ella, así que se apegó al plan de alimentos, empezó a realizar ejercicio y a preocuparse por su arreglo personal. Seguía la dieta al pie de la letra, compraba su comida y se preparaba sus alimentos en casa, dejó de comer fuera, se familiarizó con las porciones y cantidades.

“...cuando empecé con la nutrióloga fueron mis planes de alimentos llevarme mi comida al trabajo, buen desayuno, comía en mi casa y cenaba en mi casa, pero cuando era desayuno de esos trataba de... o de ir desayunada o pues comer algo pero si adaptándome a lo que me decía el plan de alimentos...”

Dejó de salir con un amigo con el cual se daba *parrandas de comida*, usualmente salía con él los fines de semana a comer fuera, buscaban diversos tipos de lugares que ofrecieran buffet, acudían a la apertura de algún restaurante nuevo o aprovechaban las ofertas de ofrecían sobre todo las pizzerías.

“yo desayunaba como cerdito, este pues, lo que te dan en las cocinas tu guisado con arroz y tortillas, como no sé cuántas, igual y quedaba bien llena ¿no? ya para la comida no tenía hambre y como en ese tiempo fue cuando me empecé a independizar no tenía nada donde cocinar, entonces lo único que comía era ahí y como con este amigo que te digo es mi amigo de parrandas de comida siempre estábamos juntos, me iba a ver y “ya es hora de cenar” como las 9 y ya, amarrados viendo la tele y órale pues vete por unas quesadillas, una hamburguesa, vete por unos tacos, o sea eso era lo que yo comía todos los santos días...”

“...y ya no me daba hambre, entonces cuando cenaba, cenaba puras porquerías de tacos, pues imagínate”

“...nos comíamos una pizza entre los dos, o sea, pedíamos los martes, los martes son al dos por uno, creo que ahora ya son más promociones, pero nos comíamos lo de esa promoción, no sé si eran dos o una grande y como yo nunca me ha gustado el refresco, pero si me comía la pizza, él se jambada los dos litros de refresco, o sea, dime si no es comedor compulsivo y pizzas entre los dos, entonces eso era todos los martes, todos los martes, y antes no tenía mi compromiso de mi coche, entonces, era de irse a

restaurante, a buffet, entonces te digo que si con él hemos tragado como cerdos”

Fue perdiendo kilos, esto le daba mucha seguridad, estaba irreconocible, podía ponerse falda, algo que usualmente no usaba, la ropa dejó de quedarle, tuvo que cambiar su guardarropa. Descubrió que sus piernas le gustaban, empezó a usar zapatilla, mejorar su aspecto físico, se hacía faciales, masajes, arreglaba las uñas, se iba una vez por semana al salón, se daba cuenta que se había descuidado toda su vida, tenía manchada la piel en algunas zonas del cuerpo, además marcas de acné, reparó en que su aspecto era *terrible*, afianzando más la idea de la ruptura.

De 97 kilos que pesaba cuando inició el tratamiento dietético logró llegar a pesar 62 kilos en el lapso de aproximadamente un año, ella pretendía llegar a los 60 kilos pero no lo consiguió. Menciona que cuando llegó a los 70 kilos se estancó, “estaba hasta la madre” tenía que hacer la dieta, además de que caminaba todos los días, una hora diario. No obstante, no se desanimó y continuó con su régimen dietético y caminando diario.

Se sentía motivada, le gustaba verse en el espejo, no se reconocía, había sido un cambio total en su imagen corporal. Empezó a usar faldas, vestidos, ropa ajustada. Principió en comprarse talla 11 de ropa, luego pasó a 9 y finalmente alcanzó a usar talla 7.

“..Cuando había adelgazado como que me gustaban mucho mis piernas y de hecho me las habían chuleado, me las chuleaban mucho, que me veía muy bien con falda y que no sé qué, pero yo siempre, incluso cuando empecé a adelgazar como que me empecé a poner falda porque yo siempre pantalón, siempre pantalón y así como que cuando llegaba con falda sentía que me veía bien, me decían que me veía bien con falda y que mis piernas se veían bien...”

Estos cambios le alentaron mucho, aunque siempre estaba latente, por un lado el miedo a recuperar los kilos y por otro, el deseo de comer su *comida de siempre*. Quería que la diesen de alta, pero a la vez se confrontaba con el temor de no poder controlar su comida sin la asesoría de la nutrióloga.

“...yo pensaba que tenía que llegar al peso y ya ¡que me diera de alta ya! y ya me iba ir así por el mundo feliz a comer, ella a lo mejor si me hablaba de que tenía que cambiar esos planes alimenticios pero yo no, no, pues como que no, yo nada más quería como que llegar al peso, pesar 60 kilos y adiós, casi lo logro: llegue a pesar 62... quería, ya quería que me diera de alta, entonces “espérate, espérate” y no sé cuánto, entonces

total que ya, ya te voy a dar de alta, pero como le hago es que tengo mucho miedo, o sea ese miedo que ahorita estoy experimentando, por qué, es que tengo miedo de volver a engordar, que voy a hacer, que voy hacer, a poco me la voy a pasar así siempre...”

Si bien dejó de salir a comer fuera, añoraba estos tiempos. Estaba cansada de llevar comida al trabajo, buscar un lugar donde pudiese apegarse a la dieta.

“...hay cosas que a mí me gustan mucho y a veces me daba esos permisos de comer pastel, de comer pan y empiezo así como que ya es una cuestión de que ya nunca más lo voy a comer, o sea, ese era como el vacío de decir: “ya nunca los voy a comer esos alimentos”

Llevar la dieta comenzó a implicar dificultades, se tornó incómoda, a convertirse en una molestia, en un malestar. Considero que este malestar se había gestado ya desde antes, cuando llegó a los 70 kilos, sin embargo se alentaba y estaba lo suficientemente motivada para minimizar este malestar. Cuando llegó a los 62 kilos, la nutrióloga la dio de alta, lo cual implicaba que no la vería semanalmente sino le daría un seguimiento para mantenimiento. Gladis inició este proceso con mucho temor, trataba de seguir la dieta, pero se daba pequeñas libertades: *me moría por una buena rebana de pastel*, empezó a notar que no podía controlar los alimentos que comía, consumía más de las porciones que debía. Le comentaba a la nutrióloga que no podía comer una porción como la que ella recomendaba, quería seguir comiendo más.

Su temor fundamental se daba ante el inminente incremento de peso corporal, dado por la incapacidad de continuar con el régimen dietético al pie de la letra. Se dio cuenta que empezaba a comer entre comidas, no respetaba las porciones, además de que la situación que había manejado anteriormente de llevar sus alimentos y comer en su casa no podía realizarla de manera contundente. Resultaba un conflicto los convivios en el trabajo, las reuniones con la familia y las salidas fuera. Estas situaciones se confrontaban con su deseo de llevar el régimen dietético, se angustiaba por los alimentos que ofrecerían en las fiestas de la familia, se cuestionaba qué iba a comer, si abría la comida que estaba en su dieta o cuando no llevaba comida al trabajo la imposibilidad de encontrar opciones que le ayudaran a cubrir su dieta.

El malestar alimentario también se evidenciaba cuando tenía que interactuar con otros, sobre todo familiares y en segundo término compañeros de trabajo, sentía una especie de “hostigamiento” cuando por un lado le aplaudían su pérdida de peso corporal evidente y por otro cuando la “molestaban” diciendo: “no puede comer porque está a dieta” aunque ella quisiera comer y se le antojara la comida. El conflicto se materializaba en un malestar con ella misma porque quería comer, sentía que no debía y le molestaba no poder “controlar” sus “ansias” de comer.

Por consiguiente empezó a subir de peso, en un año recuperó 10 kilos, pesaba 72 y después incrementó dos más. Otro punto importante sobre su malestar se debía al hecho de que siempre trataba de cuidarse y que era evidente que no lo hacía porque se notaba en su peso corporal. Los comentarios de su familia le afectaban mucho, giraban en torno a “está a dieta” “se hace de la boca chiquita” “se cuida tanto pero trae su coca light” “es una payasa” “una torta no le hace daño” “qué vas a comer ¡ah! tu lechuguita” ¿qué, con eso te llenas?

Problemas asociados a su manera de comer

Ya no lograba apegarse al plan dietético porque no encontraba motivaciones. Esta situación se debió a dos sucesos que nuevamente trastocaron la vida de Gladis. Uno de éstos fue la enfermedad de su padre debido a su alcoholismo, se complicó de tal manera que se encontraba gravemente enfermo, tuvieron que dializarlo y la enfermedad lo incapacitó totalmente, los hermanos y ella tuvieron que organizarse para los cuidados de tiempo completo que requería.

Por otro lado, su ex pareja la buscó y ella, aunque de entrada se había negado, terminó aceptando. Se reunieron en un parque, hablaron, discutieron, no habían llegado a ningún acuerdo pero él la besó y no pudo resistir, regresaron. Las cosas iban funcionando relativamente, así lo quería ver ella. Después se dio cuenta que él la buscaba por el dinero. Inicialmente no le pedía directamente, pero le contaba sobre su mala situación económica y ella le daba dinero, le paga el celular, le daba para el taxi, le prestaba dinero en efectivo que nunca regresaba. Después era muy evidente, “se dio cuenta de mi necesidad, la necesidad

que tenía de que él estuviera conmigo” y empezó a aprovecharse, se veían cada ocho días, después se ausentaba por quince días, entonces ella se ponía mal, se deprimía, se desalentaba. La relación empezó a generar conflicto, Gladis pensaba que si le pagaba él estaría con ella y además tenía que “cumplirle” pero él llegaba borracho o se emborrachaba antes de intimar, estaba cansado o se negaba.

La problemática de pareja la llevó a pensar en el suicidio, se sentía desesperada, fuera de control. Además se potenció con el fallecimiento de su padre.

“empezó todo el relajo con la comida, a comer sin control, ya no me importaba nada, que la dieta, no me importaba, antes guardaba las apariencias, pero ahora mi vida era un caos, mi padre se había muerto y mi relación era un desmadre”

“.. ¡Ay! no me importa, ya voy a tragar unos tacos, me voy a tragar esto que no puedo comer, ya sabes cosas que sabes que no debes de elegir, como los quesos ¿no?, que no debes comer el manchego, a mí me vale madre y me voy a comer el chorizo, me voy a comer esto, cuando antes decía, ¡no! pero no lo hacía con consciencia sino lo hacía porque quería complacer a otra persona...”

No había motivos para cuidarse, ni seguir la dieta, ni hacer ejercicio, no encontraba alicientes. Por un lado pensaba que la muerte de su padre era lo mejor, puesto que la enfermedad lo había deteriorado mucho, todos esperaban que terminara ya de sufrir. Por otro lado la relación de pareja no mejoraba, iba de mal en peor. Ella *trataba* de obligarlo, al principio él cedía por el dinero, después se negaba, ya no quería dinero. Empezaron los insultos, las agresiones, una especie de juego de poder, donde él la abandonaba, ella sufría pero lo hacía regresar con dinero, después esto ya no funcionaba, entonces se agredían, se alejaban, se dejaban de ver por unos meses y nuevamente se buscaban.

El motivo principal por el cual bajó de peso dejó de serlo. Se resignó a volver a comer como siempre, aunque siempre buscara limitarse, se consolaba pensando que en su familia eran gordos y que en comparación ella no estaba tan gorda como sus primos o tíos. No obstante el malestar alimentario y el incremento de peso corporal continuaban generando conflicto, además de que su estado emocional iba de mal en peor. Si bien consideraba que estaba en una situación de estabilidad, ésta se rompió con la muerte del padre y la relación de pareja. Su estado emocional le afectaba sobremanera y se veía reflejado en sus relaciones de trabajo, había mucha frustración y esto la orilló a comer nuevamente de forma desordenada.

“...No sé si todo eso influyó como para que comiera más, porque te digo que ya había estado en una situación como de estabilidad y de repente te cambian y mocos, a comer ¿no?... yo le echo la culpa a eso pero no, puede ser todo conjugado de todas las frustraciones que traigo ¿no?, frustración de que en el trabajo, frustración con mi cuestión sentimental y bueno, todo eso se junta y pues sí, truenas y comes. Yo pienso que sí, hay trabajos que sí, que si son estresantes...”

Formas de resolver la situación problemática

Un amigo muy querido y estimado por Gladis –el de las parrandas de comida- que conocía su historia la alentaba para buscar ayuda. La contactó con una psicóloga, estuvo en terapia aproximadamente seis meses, pero la dejó porque sentía que no le ayudaba en nada, ella seguía igual. Me cuenta que a sus sesiones llegaba, se sentaba y le hablaba de su situación, pero la psicóloga no le decía nada, sentía que no la comprendía, supuestamente Gladis tendría que dar solución a sus problemas, ella era sólo una acompañante, como las cosas no resultaron pero hicieron buena amistad, la terapia concluyó después de unas sesiones con flores de Bach y aromaterapia.

Intentó regresar al tratamiento con la nutrióloga, inicialmente ella tomo la iniciativa, pero la dejó argumentando falta de dinero, la nutrióloga se comprometió en cobrarle la mitad con tal de que regresara pero Gladis no aceptó porque sentía que no podía comprometerse como antes, finalmente no continuó con el tratamiento.

Gladis contó su historia a una de sus tías y ésta le recomendó ir a los grupos de autoayuda, aunque ya los conocía, nunca había asistido a uno, se animó a ir, tardó más de seis meses en convencerse y tomó la decisión de ir, gracias a que conoció a una chica que tenía una historia de pareja similar, entonces finalmente empezó a asistir a un grupo de AA, aunque no se sentía totalmente identificada porque si bien su padre era alcohólico ella no, no obstante se identificó en el grupo por asumir que tenía un problema de codependencia.

Debido a que no tenía un problema de alcohol evidente, le recomendaron asistir al grupo de Comedores, fue como llegó al grupo de CCA. En su primera sesión la invitaron a pasar a la tribuna, cuenta “yo no quería decir que soy comedora compulsiva” y no lo dijo, se fue a su

casa, contestó las preguntas de auto diagnóstico que utiliza el grupo y concluyó que sí, que si era comedora compulsiva. Regresó esa misma semana a la siguiente sesión y aceptó en la tribuna que era una comedora compulsiva.

“...el primer día que pase dije: “yo no quiero decir eso”, “no quiero decir que soy comedora compulsiva” y ya el otro día que fui, no pues, ¡sí! soy comedora compulsiva, porque ahí te dicen todo lo que hace un comedor compulsivo, todas las conductas que tiene uno y dije no si soy y ya en ese momento empecé pues a darme cuenta, a lo mejor ya desde el 2005 pero no con tanta conciencia como ahora...”

“...de hecho cuando llegué no quería, no quería decir que era comedora compulsiva, entonces recientemente cuando llegó Pedro nos contó sus experiencias, entonces yo le contesté en mi casa y me decía que: ¡en la madre!, entonces volví como que otro día, y ya tuve que subir y decir que era comedora compulsiva y que me causaba como que mucho dolor...”

Resultó ser muy doloroso aceptarlo, sin embargo, se ha identificado con el grupo, lleva poco tiempo, su padre murió a mediados del 2007 y ella llegó al grupo de CCA a principios del 2008. Al principio acudía a todas las sesiones que se daban en la semana, aproximadamente tres días, ella trataba de ir por lo menos dos veces por semana, porque aún continúa asistiendo al grupo de AA, posteriormente el grupo empezó a tener problemas de asistencia y empezó a sesionar solo dos veces por semana, finalmente Gladis asistía sólo una vez a la semana.

En el grupo se ha identificado no sólo en términos de las conductas hacia los alimentos sino en la asociación que hace éste sobre el manejo terapéutico que emplean, está convencida que el problema de fondo tiene que ver con el trabajo de las emociones. Ha entablado amistad con algunos miembros y salen los fines de semana a tomar un café o algún bar, está siendo una costumbre que permite el desarrollo de amistad fuera del grupo y afianzar la idea emocional del problema, ya que aún afuera las conversaciones gira en torno a la problemática del grupo y a lo que pasa con los demás miembros que no se incluyen en estas salidas.

Se ha comprometido con el grupo, ella es la responsable de literatura que se maneja, por tanto tiene la encomienda de ir en determinado tiempo a la sede en el D.F para abastecer de literatura al grupo, ésta se emplea para los miembros o para propaganda y atraer nuevos integrantes.

Aún no identificaba el alimento que la compulsaba, todavía no realiza su cuarto paso, pero tiene la asesoría con el padrino. Se aproximaba a algunos alimentos sobre todo los alimentos dulces, se estaba dando cuenta que el pastel le gusta mucho y probablemente la compulse aunque no encuentra un ligue emocional al respecto. Está realizando un diario de comida, que se recomienda para hacer el cuatro paso, en éste escribe no solo lo que come sino más bien las emociones que hace que pierda el control de lo que debe comer. A través de este ejercicio se da cuenta que cuando no puede lograr lo que quiere en relación con su pareja, se desborda con la comida, es una forma de canalizar sus emociones. Observamos que no es necesariamente, al menos en su caso, que el alimento desborde su manera de comer, sino más bien las emociones provocan el consumo de alimentos. Éste puede considerarse no excesivo más bien consume alimentos que salen de su régimen dietético, es en este sentido que ella considera que son excesivos, no obstante ella siempre había comido de manera abundante.

“...tenía que escribir todo lo que comía para identificar qué es lo que comía siempre y algunas veces que trabajamos, vimos, vi que era el queso. Incluso el también platicaba que a él le compulsaba, pero a mí me compulsa el queso, me compulsa el pastel, no sé bien, tengo que trabajar en eso...el pastel, las galletas, más las grandes que son marías, de vainilla, el pan de dulce, bueno no tanto el pan de dulce porque me han dicho que el pan de dulce que no lo comamos con chocolate y esas cosas con mucha azúcar, de preferencia me coma un bizque, a lo mejor el pan, no, pero te puedo decir que el pastel sí me compulsa...”

Ha dejado a un lado la dieta, sin embargo, siente que está recuperando peso y esto le preocupa. Trata de comer moderado, no tan apegado como cuando estaba con el tratamiento nutricional, sigue algunas pautas pero ya no de forma tajante. Una de sus hermanas, que es médico, le recomendó unas pastillas para bajar de peso, trató de tomarlas pero las dejó, no le gustó el efecto que le estaban provocando, a pesar de que en teoría no tienen ningún elemento químico, son consideradas naturales e inofensivas.

No ha querido comprarse ropa nueva, porque considera que si la compra es una forma de aceptar que no perderá kilos. Cuando quiere ponerse ropa que le queda apretada utiliza algunas fajas que le ayudan a comprimir sobre todo la parte del abdomen y le permiten vestir

la ropa que quiere. Además de decidir no comprar ropa de otra talla ha empezado a caminar, está haciéndolo dos veces por semana antes de irse a los grupos.

Evaluación de los resultados obtenidos de cada estrategia

Gladis calificó de manera positiva el tratamiento nutricional, sin embargo, considera que no puede llevarlo a cabo porque el problema de fondo tiene que ver el manejo de sus emociones. La comida es un “sedante” es el motivo por el cual no puede adecuarse al tratamiento nutricional. Cuando ella tiene emociones que no puede controlar lo canaliza en la comida. Ahí explica el por qué de la incomprensión con la nutrióloga, no es simplemente que se apegue a un plan de alimentos, a las porciones y que aplique lo que aprendió a lo largo de casi un año que llevó este tratamiento. En el fondo el problema va más allá, son las emociones, la inestabilidad emocional la que hace que Gladis se refugie en la comida.

El grupo ayuda en este aspecto, sobre todo porque se trabaja éste componente, se apuesta a que una vez controladas las emociones podrá controlar su manera de comer. Se apropia del discurso del grupo cuando dice “la enfermedad es trifásica, es física, es mental y es emocional”. El trabajo mental, se dará como consecuencia una vez resuelta la cuestión física y emocional, aunque en el grupo focalicen en las emociones dejen de lado y de manera individual el trabajo físico.

Gladis no está totalmente convencida, sí, está de acuerdo en que se deben trabajar las emociones, pero no ve resultados positivos y esto hace que se desespere. Le molesta que el discurso gire al trabajo emocional y que no se vean los efectos en el peso corporal en la mayoría de los miembros. Siente miedo de que el grupo no le ayude y termine como “algunas de sus compañeras”. No obstante, considera que la tribuna le ayuda a desahogar sus emociones frustradas con su relación de pareja. El apadrinamiento también, aunque no es muy constante debido a las ocupaciones del padrino.

Percibe que no hay sinceridad en el trabajo emocional de algunas de sus compañeras, esto le molesta, porque piensa que se da un mal uso a la tribuna, hace comparaciones con lo que

pasa en el grupo AA. Esta situación provoca que no se dé un efecto real de la terapia de reflejo y por consiguiente no pueda resolverse el problema, motivo por el cual solo tres de los diez miembros que asisten al grupo se encuentran en un peso adecuado, al menos visiblemente no se percibe sobrepeso, en los demás es evidente.

“...por ejemplo, una que va, que la otra vez se lo eché en cara, dice Romina: “es que la vas a correr” y pues ya se fue, porque es una señora que no tiene problemas de comer porque esta flaca, pero eso ya lo sabemos, pero no dice la neta en la tribuna, es lo que a mí me encabrona, a ver que ésta me comparte: que está flaca, nada más me dice que su papito y su mamita, es una vieja lagartona de 50 años y hablando de esa manera, pues dices, no pues tiene unos problemas gruesísimos de madurez emocional que su mamita y su papito y que no sé qué mamadas de esas y yo dije, ¡ay que weva!...”

Ha aceptado en su discurso que es una comedora compulsiva y que padece una enfermedad incurable, considero que aún estas ideas no están de todo internalizadas, sobre todo la noción de enfermedad crónica –comedor compulsivo- porque quiere bajar de peso y sabe que puede conseguirlo. Ella piensa que en el grupo logrará perder peso corporal además de mantenerse en un peso corporal ideal, algo que no consiguió en la terapia nutricional, por lo tanto es contradictorio cuando trata de asumir la enfermedad tal como se maneja en el discurso grupal. Estas dos ideas se confrontan, podemos ver que ella continúa apostando a la terapia nutricional como una forma de ayudarse para controlar su peso, a pesar de que en teoría a través del grupo tendría que resolver esta problemática.

El grupo parece no ayudar al apego del régimen, a lo que ella llama descontrol en su manera de comer, pues ha incrementado de peso. Este hecho es fundamental para que decida continuar dentro del grupo. Piensa que sí no hay efectos en el peso no seguirá. Se confronta mucho con algunas compañeras que llevan más tiempo que ella, “están bien gordas” además no cuidan su arreglo personal, “desarregladas, bien fodongas”; esta situación le molesta porque ha estado batallando en los últimos años con el sobrepeso y los cuidados personales. Asocia de manera inconsciente la gordura y el desarreglo personal con este malestar no sólo con la comida sino con su imagen corporal de manera muy personal.

Por otro lado, se han hecho evidentes algunos problemas en la dinámica grupal provocando una fragmentación en éste, resultando el cierre del grupo. Por iniciativa de algunos de ellos se

empezaron a reunir y buscaron otro lugar para sesionar, no obstante ha implicado muchos problemas. Gladis estuvo asistiendo un par de meses para finalmente claudicar. Dejó el grupo de CCA, continúa en el grupo de AA, logró terminar su relación amorosa, se involucró en otra y continúa luchando por perder peso corporal a través del régimen dietético apostando nuevamente a la terapia nutricional.

Martha

Es una mujer de 43 años, de piel clara, de estatura baja, aproximadamente un metro cincuenta y cinco centímetros, su cara es redonda, su cabello es rizado y corto por debajo de los hombros, color castaño oscuro, denota algunas canas dado el uso no tan frecuente de tinte y usualmente lo trae recogido en una coleta. Sus ojos son café oscuro y el contorno denota algunas líneas de expresión. En las sesiones del grupo normalmente no se maquillaba, sin embargo en algunas entrevistas llegaba con los labios pintados. Usa ropa holgada, sobre todo camisetas unisex y pantalones tipo mallas. Sus formas denotan una figura redonda, llenita, pronunciada por su estatura pequeña. Su cara denota amabilidad, confianza, aunque también muestra lo contrario y se comporta a la defensiva ante alguna situación que se confronte con sus ideas. La imagen corporal se nota descuidada aunque lo reconoce, piensa que no es tan importante y es una parte de su personalidad. Ésta según ella, se representa en dos: la interna que muestra a sus amigos más íntimos en donde se reconoce bella, amable, confiable, buena, bonita, organizada y la externa refleja algo que ella no le gusta, muestra su “gordura”, sus inseguridades, sus miedos, sus angustias, sus frustraciones.

Es la mayor de cuatro medios hermanos hijos del segundo matrimonio de su mamá, aún cuando fue considerada parte de la familia siempre sintió diferencias, por ejemplo su padrastro no la defendía de los regaños de su mamá como la hacía con sus otros hijos. No conoció a su padre biológico y reconoce como padre a su padrastro, puesto que la reconoció legalmente como hija. Originaria del Estado de México, su madre y su padre se han dedicado toda la vida a un negocio de venta de comida de birria de manera establecida. Motivo por el cual ella tuvo que hacerse cargo de los cuidados de sus hermanos en la infancia, dado que su

madre también se involucraba en el negocio, menciona que su madre era muy celosa, más por trabajo iba para “cuidar al esposo”

Martha ha tenido dificultades con su madre pues considera que ésta le tiene rencor o un sentimiento de odio, el cual lo asocia al abandono de su padre biológico cuando éste supo que su madre estaba embarazada de ella, nunca se ha sentido aceptada puesto que observaba que desde que era niña su madre tenía una preferencia marcada por los demás hermanos. Por tanto su relación ha sido desde siempre muy problemática.

Su mamá depositaba en ella las responsabilidades del cuidado de sus otros hijos, la trataba de forma diferente, la golpeaba y regañaba frecuentemente, no tiene recuerdos en los que su madre le mostrará cariño o afecto. La molestaba e incomodaba desde pequeña por la comida y sobre todo por su figura corporal, la cual siempre fue “gordita”

“...se me hacían así como rueditas, así en las manos, tengo fotografías de bebé y mi cuello y mis piernas, o sea, yo nací gordita siempre y crezco y fui así: gordita...”

Además de que le restringía el consumo de alimentos desde pequeña, no quería que fuera gorda y le limitaba la comida de diferentes maneras.

“...tengo un recuerdo muy fuerte, que para mí es muy fuerte, el que yo iba y comía pero si ella iba y tocaba la estufa y estaba caliente se enojaba conmigo ¡sí! o sea, yo tenía que comerme todo frío y agarraba del refrigerador, agarraba las tortillas o lo que sea pero frío, para que ella no se diera cuenta de que yo estaba comiendo y yo comía así las cosas como fueran porque yo tenía hambre, yo quería y ella ya no quería que yo engordara...”

Martha estudió la licenciatura en contabilidad, concluyó sus estudios pero nunca ejerció, ahí conoció a su ex-marido de quien se embarazó cuando estaba terminando los estudios, por lo que “tuvieron” que casarse. Comenta que su relación de noviazgo era muy apasionada, sin embargo cambió cuando se casaron; ella subió mucho de peso después del primer embarazo y aún más en el segundo. Dejó de existir la pasión que tenían cuando eran novios: “él ya no me tocaba como antes” y ella se relegó en el trabajo doméstico, su ex-esposo le criticaba mucho su sobrepeso, su falta de arreglo personal y su relación de matrimonio no prosperó.

El divorcio se dio como consecuencia de varias infidelidades por parte de él, ella las había pasado por alto, porque sentía que era la “esposa” y estaba dispuesta a perdonarlo. Si bien él no se lo daba a conocer abiertamente ella se daba cuenta en la ropa, los gastos y las salidas. Era evidente, él trataba de ser muy obvio pero ella fingía no saber. Finalmente en una de sus tantas infidelidades y después de ocho años él le pidió el divorcio.

La separación le afectó de sobremanera, nunca se imaginó que él tomará la iniciativa de pedirle el divorcio, pues había establecido una relación con una mujer más joven y quería casarse con ella. Martha pensó que “se le pasaría” pero no fue así. Se afanaba en tener la casa limpia, la comida preparada, la ropa de él organizada, cuidaba de los niños, trataba de no darle problemas, de agradarle en todo, lo buscaba en la intimidad, pero él le perdió el interés, le decía que “estaba gorda, fea”, “que bajará de peso”.

Finalmente aceptó darle el divorcio. Esta situación la afectó de una manera tal, que la llevó a la depresión, aunque nunca asistió con ningún médico ni se trató, más bien se aisló, dejó de convivir con su familia materna y se concentró en sus hijos. Veía su divorcio como un fracaso y tardó más de cinco años en superarlo.

Tuvo que salir a trabajar porque el ex marido dejó de pasarle pensión, ayudaba en el negocio de sus padres, sobre todo en la cuestión de la contabilidad y en la cocina, de esta forma se apoyaban mutuamente, tenía libertad de horario y no descuidaba a los niños.

Empezó a asistir a la iglesia llevando a sus hijos al catecismo, se fue involucrando en las actividades del lugar, conoció a unos seminaristas quienes la apoyaron para que saliera de su depresión. Propiciando dejara su aislamiento, encontró nuevos amigos que han sido parte importante de su vida y de la superación del divorcio. Los conflictos con su madre continúan, pero este acercamiento a la iglesia le ha permitido separarse un poco de la relación problemática que siempre ha tenido con su ella.

Actualmente ha establecido una relación amorosa con un hombre menor que ella, no viven juntos, cada quien vive en su casa, pero se llevan muy bien. Su nueva pareja no le da

importancia a la apariencia física, también tiene negocio de comida, disfrutan su relación, él se lleva bien con sus hijos. Le ha propuesto matrimonio pero ella considera que están bien así.

Experiencia de su malestar alimentario

La problemática alimentaria surge en la adolescencia cuando empieza a subir de peso. Si bien antes había sido “gordita”, en ésta etapa su incremento es más notorio. Hay burlas de su familia, sobre todo de su madre, que desde pequeña le restringía la comida. Es ésta quien la lleva a la edad de 12 años por primera vez con un médico bariatra, en donde empezó su primer tratamiento para bajar de peso con anfetaminas.

“...mi madre me llevó con la doctora Loya, era su doctora, me llevó y me empezaron a dar a mi pastillas, yo no sabía qué era en ese momento lo que me estaban dando, pero ella a mi me dio mucha pastilla, ¿cómo le llaman?... Anfetaminas, yo digo que eran anfetaminas, porque a mí lo que hacían era ponerme nerviosa, la boca seca, mal aliento y como que muy angustiada, pero bueno, adelgazaba o sea, adelgazaba porque no me daba tanta hambre...”

Si bien logró adelgazar, porque además practicaba danza folklórica, ella no cambio su manera de comer. Refiere que le gusta mucho la comida, sobre todo aquella que comía en la infancia porque le recuerda un ambiente familiar que añoraba, le recuerda sus raíces y cuando su mamá guisaba, que lo hacía rara vez para ellos. Considera que nació con el gusto por la comida que “engorda”. Le encantan los frijoles refritos, las tostadas, los tacos, la crema, el queso, las salsas rojas o verdes, los atoles (preparaba atoles para sus hermanos pequeños). Le gustan también las tortillas y el refresco. No está acostumbrada a comer verduras y frutas. Le gusta comer alimentos empanizados y “la comida corrida” como el guisado, arroz, calditos, etc., le fascina el chorizo, la longaniza, “el chicharrón de puerco guisado con tomate verde y quelites”. Además de los sopos, gorditas de frijol, haba y sus preferidos son los de chales “todo lo que es masa me gusta” es su comida de siempre. La cena es pan, particularmente dulce y leche.

“...comía mucho chicharrón, mucha carne de puerco, porque la parte de donde es Guerrero se come mucho de lo que es mucho chile seco, dice mi abuela, mucho guajillo, entonces esa es la alimentación...”

“...yo prefiero los alimentos de siempre: frijoles, tortillas, quesos, esos los prefiero, la verdura, puta meee, me cuesta, la fruta me cuesta mucho y vegetales, pero no sanos,

puede ser chiles rellenos pero capeados o el huanzontle, me gustan las tortas de papa, las de arroz, que están llenos de grasa...”

“...mi mamá guisaba carne en salsa de algo y frijoles, ponle o arroz y el queso y la crema siempre...porque a mí la comida me encantaba, realmente yo sentía que la comida me encantaba, todo lo que hacía mi mamá, lo que guisaba me gustaba...”

Martha disfruta mucho de la comida, sobre todo lo que ella considera “su comida” por eso le molesta tener que restringirla. Encuentro que su “malestar” se genera desde que su madre le prohíbe comer, no quiere que engorde, la regaña y la molesta por el sobrepeso.

En la adolescencia pierde peso corporal porque las pastillas le ayudan, pero ella no cambia su manera de comer, es más autónoma con lo que come y su madre ya no se inmiscuye tanto en lo que ella consume, sigue comiendo lo que le gusta, disfrutando su comida y controla su sobrepeso. Además practicaba danza, tenía una actividad física que le ayudaba a gastar energía, la cual disfrutaba sobremanera, no sólo baila la danza folklórica, también aprendió a bailar salsa y otros ritmos tropicales. En este tiempo le gustaba su cuerpo, se recuerda como una mujer no flaca pero tampoco gorda, “tenía buen busto, cintura estrecha, buenas piernas”. Le gustaba lucir su cuerpo con ropa ajustada. Recuerda que cuando iba a la universidad era de las que tenía “el cuerpo bien “formado o sea la grasa bien distribuida”.

Estaba concluyendo la universidad cuando se tuvo que casar porque “salió” embarazada. Su novio no puso reparo en el matrimonio, además de que los padres de Martha le arreglaron, pagaron la boda y les dieron un apartamento para vivir. Cuando nació su hija, incrementó mucho de peso. En este tiempo, recuerda que su madre la asistió, le daba de comer abundantemente para que tuviera leche, “me daba atoles todos los días, como se tiene la creencia en los pueblos”. Subió de peso en su embarazo más del que debía y después, a pesar de la lactancia, no logró perderlo sino que se incrementó, fue cuando estuvo en tratamiento con pastillas que logró perder el peso, pero en su segundo embarazo nuevamente lo recuperó.

Ella se dedicaba al hogar, al cuidado de sus hijos y su esposo era el proveedor económico. Menciona que los primeros tres años las cosas iban relativamente bien y los problemas que tenían eran por su sobrepeso. La molestia por su “gordura” le incomodaba más a su esposo

que a ella. Refiere que él era muy vanidoso, “es delgado y le gustaba mucho verse bien” “él es de traje y corbata” le gustaba mantenerse en forma. Antes de su segundo hijo, él fue quien la incitó a ir con el médico además le pagó los gastos generados en la consultas periódicas para que consumiera pastillas. Logró controlar su peso, pero en segundo embarazo ya las pastillas no le funcionaban y empezaron los problemas de infidelidad. Él le criticaba mucho que ella no cuidaba su aspecto físico, no se arreglaba y había perdido el atractivo físico.

Para Martha era más importante el cuidado de los hijos, tener lista la comida, limpia la casa y ordenada la ropa y a pesar de que esto no fuera apreciado por su esposo. Era un problema encontrar ropa que le quedara, que le gustara y que la hiciera ver más joven, se molestaba. Efectivamente reconoce un descuido de su imagen, menciona que no se veía al espejo, no le gustaba ver lo que veía, sentía que su cuerpo estaba deformado por la gordura, lo único que tenía en su casa era un espejo pequeño, para verse sólo la cara. Su imagen corporal le provocaba mucha inseguridad, refiere haber pensado, más nunca intentado en buscar trabajo de su profesión, tenía la idea que en ningún lado la emplearían, puesto que estaba desactualizada, nunca había ejercido, no tenía experiencia y ella creía que era por su apariencia física a pesar de que, reconoce, era muy buena en los estudios, refiere que le contestaba los exámenes a su entonces novio y le hacía los trabajos escolares, a sus hermanos, les ayudaba con las tareas y les resolvía los problemas matemáticos. No obstante su situación la llevó a encerrarse en sí misma, de manera literal evitaba salir a la calle, dejó de visitar a su madre y sus hermanos que vivía en la misma cuadra. Se aisló por inconformidad de su imagen corporal evitaba salir a la calle

“...porque yo ya no podía verme en el espejo... yo recuerdo... fue desde mucho tiempo, yo tendría unos 15 años ó 13, no sé e íbamos a la [tienda] Woolworth y la Woolworth tenía unos espejos así todo el tiempo, o sea, yo pasaba de volada, o sea, para que no me vieran y para probar prefiero que no haya espejo no más me la pruebo y ya, entonces, yo los espejos... yo no me puedo ver, mi imagen no la puedo ver en el espejo, me cuesta mucho trabajo, me veo... tengo uno para mi cara solamente...”

Problemas asociados a su manera de comer

El matrimonio y los motivos del divorcio confrontaban a Martha en el sentido que consideraba que se había casado con un hombre con el temperamento similar al de su madre. El conflicto

se potenciaba porque sentía que debía “restringirse” no sólo en la comida para lograr tener la figura que el esposo quería, algo que había vivido ya desde la infancia, sino que también debía “restringirse” ella misma, su personalidad, sus gustos, su forma de ser, para ser aceptada y para complacer al otro.

Para Martha la causante de su malestar alimentario, antes y después de su matrimonio.

“...me di cuenta que la del problema era mi madre, o sea, yo pienso que mi mamá era la que tenía ese problema de la comida, mi mamá es delgadita... bueno ella dice que no es muy delgadita y no es a lo mejor muy delgadita, pero al lado de todos nosotros ella se ve delgada...”

Para la mamá de Martha la apariencia es de suma importancia, se lo hace ver cuando se divorcia y la culpa del divorcio. La hace responsable del abandono del marido, porque no supo “mantenerlo”, no lo cuidó, le criticaba su apariencia y justificaba que él se hubiese ido con una mujer más joven.

Un elemento que encontramos entre el conflicto de Martha y su madre es el autocontrol. La mamá exige control ante la abundancia de comida. Martha refiere que en su casa siempre hubo mucha comida y a pesar de esto su madre se cuidaba mucho de no comer en exceso, no cenaba o cenaba muy ligero, en el negocio no comía, solo picaba algunas cosas, tomaba café pero no almorzaba. Esto le permitía estar delgada. Según Martha la delgadez de la madre era una de las condiciones que hacía agradarle a su marido.

Encontramos que el abandono que sufrió la madre de Martha cuando se embarazó de ella, tiene una asociación con la restricción que ejerce sobre ella misma en su manera de comer y que trata de exigir a la hija. Este autocontrol se materializa en la comida como un elemento que se relaciona de manera no explícita con un manejo restrictivo de las emociones. La mamá se dejó llevar por un sentimiento que no logró controlar por tanto se embarazó de Martha, fue abandonada y si bien logra encontrar un hombre que la acepta con su hija, producto de otra relación, siente que tiene que manejar la situación para no ser abandonada nuevamente.

Martha describe a su madre como una mujer acostumbrada a ordenar, a controlar las situaciones, ella mandaba en la casa, organizaba las cosas, delegaba tareas, estaba en el negocio donde también se imponía, si llegaba alguna muchacha a trabajar que fuera bonita o que se llevara bien con el esposo la despedía, manejaba el dinero y se molestaba cuando las cosas no salían como quería. Martha recuerda que se disgustó mucho cuando no pudo contra su propia biología a pesar de usar dispositivo intrauterino se embarazó dos veces.

Hubo una separación relativa entre ellas cuando Martha se casó, es relativa porque vivían muy cerca una de la otra, el apartamento que les dieron para vivir estaba muy cercano a la casa paterna. Observamos nuevamente la personalidad de la madre cuando a todos sus hijos les “hizo casa”. Sus hermanos que ya todos están casados viven en la misma calle, tiene su privada familiar. Esta situación permite a la madre estar al “pendiente” de todos ellos.

Este respiro o interrupción del conflicto de la relación con su madre, se trasladó con su esposo en el sentido de que la imagen corporal de Martha le molestaba. No le gustaba tener una mujer “gorda”, la incitaba a bajar de peso, pagaba las consultas y los tratamientos, la violentaba por su forma de vestir, su peinado, su descuido. Dejaron de tener intimidad, ella se concentró en su trabajo doméstico, él en el trabajo, dejaron de tener cosas en común, no salían juntos, él prefería salir solo, aún en los eventos familiares trascendentales, por ejemplo la muerte del padre de Martha, él no la acompañó.

“...después de mi hija quedé yo muy gordita, entonces me dijo: “ve” pero entonces como ya tenía yo esposo, pues ya no me pagaba ella las cosas, entonces cuando yo iba y decía yo ¡mil pesos! No, es mucho, o sea para mí era mucho mil pesos, entonces yo no podía pero mi mamá si lo podía pagar cuando yo iba entonces ya después de eso pasó más tiempo, me casé, por ejemplo, cuando yo me casé, cuando ya nació mi hija quedé bien gorda de mi hija y entonces volví con la doctora y ya después mi esposo era del mismo estilo de ella, o sea yo agarré a otra persona igual a mi mamá para casarme, entonces... hasta el signo es igual, los dos son *leos*: vanidosos, delgados, cuidados, la dieta y todo, entonces para él, ahora yo veo en las noticias sobre la agresión y él nunca me golpeó, ni nunca me insultó, ni una mala palabra, o sea, [no me decía] ni pinché, entonces, pero si te decía: “ ¿te vas a llevar esa falda?, ¡te ves bien gorda!...”

La causa del divorcio se debió según Martha a que dejó de ser atractiva para su esposo, él “tuvo” que buscar otra mujer más joven, delgada y bonita. No la quiso a pesar de que ella se

esmeraba por “ser buena esposa”. Esta situación la afectó porque se dio cuenta que todo el tiempo tenía que luchar por ser aceptada y querida, primero por su madre y luego por su marido.

“...No sé si porque él se fue o porque estaba tomando el tratamiento, además yo quería adelgazar porque quería que mi esposo me quisiera y como él ya se había ido con otra muchacha más joven y bonita y todo, entonces yo quería agradarle, pero ni delgada le agradé y pues cuando no te quieren no te quieren, ni delgada ni gorda, entonces ya dejé el tratamiento, estuve dos años delgada y volví otra vez a engordar, empecé otra vez a engordar...”

La causa de su conflicto alimentario, desde nuestra perspectiva, radica en la búsqueda constante por ser aceptada, para serlo tiene que estar delgada, igual que su madre, fue admitida en su segundo matrimonio porque era delgada, controlaba su manera de comer, controlaba sus emociones. Martha siente que no puede con el sobrepeso, dejó de buscar opciones para perder peso, se molesta cuando alguien le habla de su sobrepeso, cuando se meten con su comida, cuando le sugieren cambiar o modificar sus hábitos alimentarios.

Después de unos años de su divorcio tuvo que regresar a trabajar al negocio de su familia, por tanto la relación cotidiana y ríspida con la madre continuó. La crítica por su “gordura” la vigila cuando come “me cuenta las tortillas”. Nunca “le doy gusto”, en las fiestas ella trata de que la comida no se desperdicie pero la madre la tilda de “coda”. Además considera que cuando se va al negocio a trabajar sube más de peso, esto se debe a la exposición a la comida, todo el tiempo esta picando, probando, no tiene un orden, no le da tiempo comer en forma, come muy rápido y come lo que sea, estas situaciones provocan su incremento de peso.

Por otro lado para Martha, independientemente de las restricciones que su madre haga en relación con la comida, piensa que la “gordura” viene de familia. Si bien su madre no es gorda, la familia paterna y materna, son obesos. Tiene una prima con 180 kilos, otros con 140 hasta 200 kilos. Menciona que al lado de ellos se ve delgada, le gusta tomarse fotos porque se “ve la diferencia” considera que es una especie de herencia biológica en términos de que su “metabolismo es lento” y por otro lado una “herencia de cómo me alimentaron” por esta razón se enoja cuando le tratan de poner reglas o restricciones.

Formas de resolver la situación problemática

Martha ha utilizado diversas opciones para perder peso corporal, primero fue por medio de las pastillas cuando su madre la llevó al bariatra. Después ella misma buscaba este tipo de tratamientos. Inicialmente funcionaban muy bien, lograba perder peso corporal, aunque no cambiaba su manera de comer, dejaba de tener hambre por efecto del medicamento pero esto no implicaba una modificación en sus hábitos, puesto que cuando dejaba el medicamento comía lo de siempre.

Después de su segundo embarazo y como recurso para “no perder al esposo” o “retenerlo” regresó al uso de medicamentos y empezó a incorporar el régimen dietético como parte del tratamiento. No obstante la pérdida de peso no era la esperada, porque aún tratando de seguir el régimen dietético y tomando las pastillas no lograba perder el peso como antes, lo dejó, pero después de unos años del divorcio trató nuevamente de tomar pastillas, pero desistió por los efectos que le provocaron.

Decidió ir con el nutriólogo privado porque empezó a notar que sus hijos estaban incrementando de peso, todos se pusieron a régimen, sus hijos adoptaron bien las modificaciones a la alimentación, sobre todo la hija, quien estaba en la edad de adolescencia y logró bajar de peso incrementando su seguridad. Pero Martha no podía apegarse al régimen, lo abandonaba muy fácilmente y decidió dejarlo porque implicaba un gasto la consulta nutricional que no podía darse el lujo de desperdiciar. Las sesiones eran quincenalmente y tenía que pagar por los tres, ella y sus dos hijos, tenían un control dietético personalizado dado que su hija era adolescente, su hijo aún estaba en edad escolar y ella era considerada adulta con obesidad. Sentía que al menos ella no estaba aprovechándolo y no tenía el recurso económico para sufragarlo.

“...y ya después fui con nutrióloga porque mis hijos son gorditos y ya es otra cosa que ya estoy heredando, el tipo de comida y todo eso, fuimos con el nutriólogo, mis hijos sí lo hacen, sí hacen sus dietas, sí hacen todo, pero Martha no la hace, o sea, de qué sirve, yo pago 3 sesiones y digo ya no voy a ir porque digo no estoy haciendo y yo digo, es que no se en dónde está el asunto mío porque yo realmente no hago nada...”

Hace un par de años empezó a tener dolor de rodillas, de piernas y de tobillos por tanto asistió al IMSS con el médico general para una consulta y lo primero que le dijo el médico es que tiene que bajar peso y la manda con la nutrióloga de la institución. Le hace un plan de alimentos de cosas que ella come y trata de hacerlo pero no le funciona, no le interesa llevarlo a la práctica, se niega y lo deja.

Sus malestares en sus rodillas continúan, decide ir con un médico particular y le dice lo mismo, “que tiene que bajar de peso”, se enoja porque piensa que tiene un problema que nada tiene que ver con su peso, “todo es por el peso”. El médico le pre-escribe una dieta y le sugiere realizar actividad física. La dieta la descarta y el ejercicio físico también, reconoce que no le gusta hacer deporte y si bien en la adolescencia lo practicaba lo hacía por los novios, no porque le gustara.

“...Sí, yo llegué porque ya fui al médico y me empezaron a doler ya las rodillas y.... ¡las rodillas eeh! ... ¡Los tobillos! entonces cuando voy al seguro, lo primero que te dice es: “pues que tiene que adelgazar”, o sea, tienes que adelgazar y dije... ¡ay! Y donde quiera que yo vaya, por eso a mí me choca ir a los médicos, o sea, todos me dicen que tengo que adelgazar, y esa doctora Loya, por ejemplo, siempre que vas, te pone así como: “¡ay! Mija, ¡qué gorda estás! Qué no sé, qué no sé cuándo, tienes que adelgazar”

Martha decide que ya no quiere seguir luchando con la pérdida de peso, no le interesa adelgazar, piensa que sí alguien la quiere tiene que aceptarla con su sobrepeso. Está cansada de tratar de restringir su comida, no quiere a pesar de los problemas de salud que esto puede acarrearle. La comida la disfruta y la quiere seguir disfrutando “de algo me tengo que morir” como respuesta a las consignas de su madre sobre las enfermedades asociadas a la obesidad “te va dar diabetes, te va a subir el colesterol”

Un día escucha en la radio sobre el grupo de comedores anónimos y piensa que ese puede ser una opción para ella, principalmente porque le queda cerca de su negocio y de su casa. Ubicó el domicilio pero tardó más de tres meses en acercarse. Además de que tenía antecedentes de los grupos anónimos asistía desde los 16 años a la juvenil de familiares alcohólicos y después de que se casó a la de señoras, esto porque su padrastro tenía problemas de alcohol y se recuperó en uno de ellos. Martha menciona que sus recuerdos en relación con el alcoholismo de su padrastro se dan más bien en la recuperación y no tanto en el desarrollo de

la enfermedad. Ella empezó a ir cuando era adolescente pero su padrastro tenía ya más de diez años de “recuperado”.

Se decide a ir al grupo de comedores con la idea de bajar de peso en segundo plano porque ella había decidido que no le interesaba estar delgada, pensaba que sí alguien la quería debería aceptarla como es, por tanto la idea de ir al grupo era principalmente en aceptarse físicamente.

Evaluación de los resultados obtenidos

El régimen dietético nunca le funcionó a Martha, trataba de apegarse a la dieta particularmente cuando pagaba el tratamiento nutricional, comía los alimentos que le indicaban, por ejemplo fruta o yogurt en el desayuno pero sí se quedaba con hambre almorzaba sopes o quesadillas, por la noche le sucedía lo mismo, podía comer algunos días las recomendaciones de la dieta pero terminaba cenando pan y leche.

La opción del régimen dietético en lugar de ayudarle le irritaba, porque al implementarla tenía que “restringirse” de los alimentos que definitivamente le gustan. Implicaba de manera implícita un recordatorio de su conflicto con su madre y su relación con su ex-marido. Su molestia se trasladaba a un sentimiento de ira, enojo, que la alteraba de manera contundente. Menciona que su hija le hacía el desayuno, ella agradecía el detalle pero se enfurecía porque esperaba un almuerzo con “frijolitos, crema, salsa, tortillas a mano” en cambio encontraba fruta con cereal o un nopal asado, con un jugo sin azúcar. Si bien los hijos habían adoptado algunos cambios producto de la terapia nutricional, ella no y esto le provocaba sentimientos encontrados, por un lado le gustaba ver que al menos sus hijos pudiesen cambiar de hábitos, pero por otro, cuando sus conductas eran reprobadas por ellos, se “enfurecía al grado que me arruinaba el día”.

“eso es lo que me molesta: la imposición, como que ya viví mucho en eso ¿no? y digo, “¡ya Martha, ya, ya!”. Más no, piensa, piensa. Piensa, tú qué quieres, si quieres un queso cómetelo, si no quieres no te lo comas...”

El tratamiento con las pastillas le resultaba mucho mejor, fundamentalmente porque veía cambios considerables en la pérdida de peso corporal. No tenía que modificar sus hábitos alimentarios ni tampoco hacer actividad física. Ya casada, después de su primer embarazo recurrió a esta opción, recuerda que “quedó bien” le gustaba como se veía, “mi cuñado me dijo: ay cuñada pareces Rebeca Jones” “me gustaban mis piernas, el busto me quedó perfecto y disminuí la cintura, siento que me veía bien”

No obstante, después de su segundo embarazo y tratando de perder peso para que el marido no la abandonara, el tratamiento ya no le resultó, dejó de ser tan efectivo como antes, la pérdida no era tan rápida y ella se desesperaba. Finalmente el esposo la abandonó y ella se deprimió, incrementó de peso y perdió el interés por la pérdida de éste.

Intentó hace un par de años, después de su fracaso con el tratamiento nutricional, utilizar nuevamente las pastillas, fue con el mismo médico, pero ya no le gustó el efecto que le provocó el medicamento. Refiere taquicardia, ansiedad, angustia, mucha sed. Anteriormente no había reparado en estos síntomas, ella piensa que tenía que ver con la dosis o tal vez que había cambiado el medicamento. No obstante nunca se preocupó por preguntar qué contenía el medicamento, ella piensa que eran anfetaminas porque “se le iba el hambre” pero no tiene más referentes, menciona que el pago de la consulta incluía su dotación de pastillas que tenía los datos del laboratorio del doctor y de la clínica pero nada más, “no me fijaba en eso, lo importante era que me funcionaban”.

Después de identificar una molestia con el consumo de las pastillas optó por no consumirlas, además que implicaba un gasto económico. Anteriormente su pareja pagaba los gastos, aproximadamente mil pesos la consulta con las pastillas, para sus condiciones este dinero representaba un desfalco.

La única actividad física que le gustaba realizar era el baile, bailaba danza folklórica en la adolescencia, pero bailar representa también una incomodidad, porque siente que es blanco de burlas. Los recuerdos de su infancia cuando alguna mujer con sobrepeso bailaba eran peyorativos por parte de su madre “mira esa gorda bailando, no le dará pena, ella ha de sentir

que se ve muy bien”. Martha dejó de bailar cuando entró a la universidad y no bailaba porque asume que los comentarios peyorativos de su madre iban dirigidos a ella, por tanto no puede pararse a bailar, le da pena, percibe que los demás se mofan de ella por su gordura, por tanto evita bailar aunque le guste mucho.

Al grupo de CCA Martha llegó con la idea de aceptarse a sí misma, más que con la intención de bajar de peso, esto es lo que ella dice en su discurso, no obstante, sí está la idea vaga de querer perder peso “quisiera darme una ayudadita con las pastillas” o si “me gustaría perder peso, pero más por salud”. Sabe que el régimen no le funciona y nosotros identificamos que el grupo tampoco, aunque ella lo sabe no lo acepta del todo.

Martha no tiene problemas en reconocer que la comida le gusta, si bien se asume como comedora compulsiva en el grupo, no lo ha interiorizado aún. Empieza a repetir el discurso grupal, “el problema con la comida es emocional”. Las “broncas” y conflictos con su madre hacen que se compulse, que pierda el control aunque nunca lo haya tenido o lo haya querido tener. Es decir, los conflictos con su madre siempre han estado. Martha dice que la comida es como un sedante, porque ante sus problemas la hace sentir bien, pero realmente identificamos que no es tal, más bien ella disfruta lo que come, siempre ha comido de esa forma, independientemente de los conflictos de su relación con su madre y su ex –marido. Actualmente no tiene ningún problema con su pareja porque según Martha a él no le importa la apariencia física, a ambos les gusta la comida, les gusta comer bien, estar con él no implica tener que restringirse, es ella misma.

Por otro lado, la dinámica del grupo le incomoda, no le gustó la idea de la elección de un *padrino*, se cuestiona por qué tiene que tener uno, no necesita que nadie le diga lo que tiene que hacer con su comida, también le causa conflicto el tener que contarle su vida. Aún con esta inconformidad aceptó el apadrinamiento. No obstante, la tribuna también representó un problema, porque se siente evaluada. Debo decir que los conflictos dentro del grupo son evidentes y ella está de lado de uno de los miembros que es considerado el causante de los conflictos dentro del grupo. La dinámica grupal empezó a ejercer mucha presión por la falta de

compromiso por algunos miembros, Martha era ubicada como una de las que no se comprometía y las demás se lo hacían saber.

“...creo que me equivoqué que no sé cuánto, ya que cuando me quieren apadrinar: “yo no necesito el apadrinamiento”, o sea, veo a mi padrino y lo medio juzgo y por qué le voy a tener que decir todo esto y todo eso no...”

Finalmente Martha decidió dejar el grupo argumentando que se iba a enfocar de lleno al negocio de comida, tenía miedo de subir más de peso, porque generalmente estando en el negocio sube aproximadamente 10 kilos, pero piensa que podrá superarlo, en parte porque ella ha logrado aceptarse como es, “gordita” ha dejado de obsesionarse por el peso corporal y está rompiendo el vínculo con su madre y se relaciona lo menos posible, sólo lo necesario y han dejado de afectarle sus comentarios. Su pareja ha sido fundamental en el distanciamiento con la madre y en su reconocimiento e identificación de su imagen corporal de manera positiva.

Nadia

Nadia es una mujer joven, tiene 20 años, pesa 65 kilos, mide un metro sesenta y cinco, su tez es blanca que contrasta con su cabello largo, lacio y negro. Se delinea el contorno de los ojos, usualmente con color negro, se pinta las pestañas alargándolas aún más de lo que ya las tiene, sus cejas están depiladas, alineadas, su maquillaje permite sobresaltar sus grandes ojos negros. En aquel momento cuando la contacté se notaba su delgadez, había logrado perder peso corporal, le gustaba usar ropa ajustada, sobre todo short, minifalda, camisetas y pantalones entallados. A simple vista no podía imaginarme que tuviese conflictos con su imagen corporal provistos por su manera de comer. Se veía muy segura, se le notaba contenta y con buen estado de ánimo.

Es originaria de Cuernavaca Morelos, vive con sus padres, tiene dos hermanas, una más grande y otra menor que ella. Su padre es empleado y su madre es ama de casa, aunque en ocasiones se dedica a la venta de comida. Nadia terminó la preparatoria y no continuó estudiando, actualmente trabaja como empleada en una farmacia y es la única de las hermanas que tiene empleo.

La relación familiar es conflictiva por dos situaciones particulares, uno de ellos es el ingreso económico, debido a que el padre tiene otra familia y no le alcanza para sufragar los gastos familiares. El otro tiene que ver con la relación entre hermanas. Nadia siente que sus padres tienen una preferencia especial por la mayor, piensa que el trato preferencial se debe a que ésta es delgada y bonita, comenta que la hermana dejó los estudios porque salió embarazada, intentó vivir con la pareja y no lo logró, por tanto la admitieron nuevamente en la casa paterna. Los conflictos se incrementan porque viven en un espacio pequeño, las tres hermanas duermen en un sólo cuarto y por supuesto el bebé también, la dinámica del pequeño nuevo integrante ha potencializado la problemática, las desvela, no pueden dormir tarde ni levantarse muy temprano, es decir el bebé ha venido a interrumpir y modificar las actividades cotidianas tanto de Nadia como de la hermana menor que aún estudia.

Nadia refiere que cuando la hermana se embarazó los padres no le dijeron nada, la apoyaron cuando decidió vivir con el padre del hijo y cuando pidió regresar a la casa, actualmente se dedica al cuidado del pequeño y no trabaja ni estudia. Siente que nunca le han demandado nada sino más bien han sido muy permisivos con ella, en cambio a Nadia le han exigido, sobre todo para que concluyera la preparatoria y actualmente de manera indirecta le piden apoyó económico debido a que es la única que trabaja.

La situación de la otra familia que mantiene el padre la ha afectado emocionalmente, pues al parecer esta relación la mantenía en paralelo, Nadia refiere tener un hermano de la misma edad de ella. Relata que cuando tenía siete años se dio cuenta de la situación porque el padre había comprado un regalo del día de Reyes para niño y en la casa no había ningún niño, se le hizo muy extraño, preguntó pero el padre proporcionó una explicación nada convincente. Cuando Nadia cumplió 18 años se reveló abiertamente la situación y resultó que la hermana mayor ya tenía conocimiento y la mamá también. Para Nadia, el hecho que la madre supiera y no hiciese nada ha resultado en conflicto con ésta, puesto que desde el punto de vista de Nadia no admitía que la madre consintiera tales condiciones, le cuestiona no haber pedido el divorcio o haber hecho algo al respecto.

La relación de Nadia con el padre antes de que se develara las circunstancias con la otra familia era muy buena, sentía que su padre era el único que la elogiaba en los estudios porque era buena estudiante, ella lo admiraba, después de “que se supo la verdad” ella refiere haberle perdido el respeto, estaba indignada, hoy en día continúa la mala relación con el papá, fundamentalmente por la situación económica y la exigencia de él para que Nadia contribuya en los gastos de la casa.

Experiencia de su malestar alimentario

Nadia fue gordita desde la infancia y recuerda particularmente su época de secundaria cuando al parecer el sobrepeso se hizo más evidente. Menciona que sentía pena de cómo le quedaba el uniforme, usaba el suéter todo el día a pesar del calor. En la preparatoria ya no usaba uniforme y la ropa cotidiana era un problema, sentía que nada le quedaba, usaba ropa muy suelta, no le agradaba su apariencia física, se comparaba constantemente no sólo con su hermana mayor sino también con sus compañeras del colegio. En este tiempo consideraba que las “mujeres bonitas eran superficiales” por tanto ella se asumía como “fea pero inteligente”. A su vez, tenía sentimiento encontrados en relación con el gusto por el sexo opuesto, ya que si bien empezaba a surgir éste de manera más contundente, tenía miedo de establecer no sólo una relación de noviazgo sino también de amistad, porque pensaba que podría quedar embarazada, por otro lado tenía el sentimiento que no era agradable a los chicos por su gordura.

En el período de la preparatoria surgió el interés por los temas relacionados con la alimentación, menciona que le gustaba participar en tareas que tenían que ver con “trastornos alimentarios”. Fue ahí donde investigó y tuvo conocimientos de la anorexia y la bulimia, comenta que “intentó ser bulímica” pero no pudo, pensaba que era más fácil que “ser anoréxica”, intentaba vomitar pero no lo conseguía con facilidad así que optó por dejar de comer, tampoco lo consiguió, aunque menciona con anhelo que le gustaría ser anorexia, se ha referido a que sueña con serlo sin importar que esto pueda comprometer no sólo la salud sino su vida. Si bien no lo practicó de manera contundente, Nadia menciona que ha intentado

varias veces dejar de comer pero no lo consigue, esto le causa frustración porque después le da mucha hambre y come de más.

“...les decía a mis amigos que me iba hacer bulímica porque estaba bien gorda y era como de broma pero como que en el fondo de mi corazón: estás delgada, estás bulímica, que importa si te ves arrugada, si tienes problemas en los huesos, no importa, estas delgada, que tiene...Siempre fue como mis sueños ser bulímica pero nunca... como sabía las consecuencias nunca lo hice pero y anoréxica no podía dejar de comer entonces ninguna de los dos lados...”

En una de sus tareas investigó sobre el “trastorno por atracón”, se identificó con éste y buscó información encontrando los grupos de autoayuda, habló a la sede del D.F refiriéndola al grupo en Cuernavaca el cual estaba muy cerca de su domicilio. Se animó a ir al grupo con el pretexto de llevar a su hermana menor porque estaba mucho más gorda que ella y quería que bajara de peso, había identificado en su hermana las conductas del “trastorno”. No obstante encuentro más bien que la hermana fue un medio para que ella profundizara más en el “trastorno” con el cual se había identificado. El caso fue que a la hermana no le interesó el grupo pero ella sí se quedó, estuvo muy poco tiempo, menos de 6 meses y lo dejó refiriendo que eran “puras señoras que hablaban de sus problemas” y no tenía “nada que ver conmigo”.

“...Bueno y yo no sabía que tenía un problema... pero... siempre fui gordita y entonces yo llegué al grupo porque, no sé, siempre en la secundaria mi tema de exposición y mis investigaciones eran sobre problemas de alimentación, sobre anorexia , bulimia y nada más pero yo no sabía que existía comedor compulsivo, entonces, yo con mi hermana... yo se que ella es comedora compulsiva y yo leí un artículo en una revista de unos chavos así y hablaron sobre comedores compulsivos, entonces yo hablé al grupo para llevar a mi hermana, no para que fuera a quedarme yo, yo nunca pensé que tuviera un problema y que me iba quedar en el grupo, nunca...”

Al terminar la preparatoria no logró decidirse por ninguna carrera universitaria, veía impedimentos económicos para entrar a la universidad. Estuvo un año en su casa, no salía, dejó de convivir con las amistades y compañera de la escuela, no pudo ni intentó entrar a la universidad, a pesar de que ella quería hacerlo porque tenía la idea de que era buena para los estudios, además se reveló la verdad con la otra familia del padre. Todas estas situaciones la llevaron a deprimirse. Menciona que en esa época se dedicó a comer, ver tele y ayudar a su mamá en la venta de comida de vez en cuando, fue cuando “engordo mucho más”, ha sido el peso más alto que ha registrado, 90 kilos, cuando la contacté para las entrevistas estaba pesando 65.

Se sentía muy mal, su vida era “un caos” no estaba haciendo nada, ni estudiando ni trabajando, fue cuando decidió regresar al grupo de autoayuda, empezó a dejar de comer y luchar con la “comida que engorda”, buscó una nutrióloga y empezó a llevar régimen dietético, encontró trabajo y con el ingreso monetario de éste se permitía comprar su comida de dieta y pagar sus gastos personales, particularmente ropa, maquillaje y su consulta nutricional, aunque siempre de forma muy restringida, algunas veces no conseguía sufragar todos sus gastos.

Empezó a bajar de peso y obsesionarse con el régimen, se dio cuenta que la ropa le empezaba a quedar y le agradaba, le subió la autoestima, empezó a tener y salir con amigos varones. No obstante la idea de tener que controlar lo que comía seguía latente, se molestaba cuando no podía comprar su comida de dieta o no le alcanzaba para ir con la nutrióloga, pensaba que si comía algún alimento que saliera de su régimen engordaba de un día para otro. El régimen dietético la obsesionaba y a pesar de que tenía pretendientes los dejaba porque pensaba que tenía que bajar más de peso, una vez que hubiese logrado una pérdida significativa saldría con ellos y podría finalmente tener novio.

Encontramos que Nadia refiere en su discurso el deseo por la delgadez extrema, menciona que le agradan los cuerpos delgados, musculosos, sin grasa, “me gustaría estar dura del cuerpo, sin nada de grasa” y la dieta es uno de los elementos con los cuales puede conseguirlo, no obstante la actividad física no está en sus planes, más bien tiene en mente que la idea para conseguirlo es dejar de comer o comer la comida de dieta, la abstinencia que maneja el grupo le ayuda, si bien durante algunos días disminuye la cantidad de comida que acostumbra, porque al parecer no ha logrado realizar ayunos por más de un día, posteriormente el resultado es poco favorable porque incrementa la cantidad de comida. Esta conducta es asociada por Nadia con el atracón que refiere el “trastorno”. Sin embargo todo indica que es el resultado esperado después de auto restringir la comida que comúnmente consume. Esta situación es justamente la que causa el malestar o conflicto alimentario, porque se encuentra en un círculo permanente entre la disminución de comida para después

regresar a consumir lo que acostumbra, no conseguirlo provoca frustración debido a los estragos en su peso e imagen corporal, la cual anhela sea delgada.

“...estar delgada, súper durísima del cuerpo, no tener barritos ni nada de eso y un buen cuerpo, eso sería como... los dientes perfectos...pero yo siempre la comida, la comida siempre fue la comida y es como estar gorda sentirte mal porque estas gorda pero a la vez no poder dejar de comer y otra vez sentirte mal porque comiste mas y engordar y volver a comer, así ese círculo vicioso fue por el que yo viví por mucho tiempo y el no sé, sentir que nadie me entendía...”

Problemas asociados a su manera de comer

La situación económica constantemente ha sido un elemento que ha afectado no sólo la relación familiar sino es uno de los motivos que Nadia asocia como causas de su malestar alimentario. Nadia recuerda que siempre tuvieron carencias económicas, motivo por el cual su madre vendía eventualmente comida y postres. Refiere que frecuentemente consumían la comida de la venta, la cual era muy monótona, consistía en quesadillas, tacos acorazados, donas, panes dulces, pasteles y atoles, arroz con leche, champurrado, entre otros. Nadia piensa que “siempre han sido pobres” y éste es el motivo por el cual “siempre ha sido gorda” puesto que “no les alcanzaba para comer bien”.

Su hermana mayor nunca fue gorda, era la delgada de la familia y esto se debía, según Nadia, a que le tocó una situación económica más estable y favorable que la que ha vivido ella y a su hermana menor. Los recuerdos de carencias monetarias están muy vivos en la memoria de Nadia, menciona que siempre buscaban “ofertas de comida” las cuales tenían que aprovechar, no sólo en la compra sino también era muy penalizada la práctica de dejar la comida, era visto como una forma de “desperdiciar”. Estas condiciones se trasladaban también en los productos de la venta, sí estos no se vendían se tenían que consumir para que no se desperdiciaran.

“...porque llegaba a mi casa, mi mamá, te comenté que vendía comida, entonces, a mi mamá siempre le sobraba comida, le sobraba un arroz con leche, plátanos fritos, cuando yo llegaba y todo lo que le había sobrado, yo me lo comía todo, todo, cuando hacía chilaquiles, me comía las tortillas doradas que hacía, tomaba mucha leche, todo me lo comía, en parte porque no había otra cosa, como que siempre fue eso, teníamos que comernos la comida para que no se echará a perder, mi mamá siempre con eso, que no se quede, que no se desperdicie, te digo que estábamos bien pobres, todo el

tiempo...”

Esta carencia monetaria impedía a su vez la variedad en el consumo de alimentos. Nadia recuerda en su infancia que en ocasiones no tenían que comer o no había comida preparada, entonces lo que hacía era comer la leche en polvo de su hermana pequeña que le gustaba mucho, porque le quitaba el hambre. Aunado a esto la actividad que representaba la venta de comida por parte de la mamá obstaculizaba los cuidados hacia Nadia y sus hermanas, por lo que era una costumbre consumir alimentos con densidad energética elevada para contrarrestar el hambre. Nadia menciona que sus desayunos consistían en galletas, jugos, pastelillos, refrescos, papas o frituras adquiridos normalmente de la tienda abarrotes o le daban dinero para que ella los comprara en la escuela y la comida provenía de la venta de alimentos que preparaba su mamá, como tacos acorazados y refrescos o cualquier postre que le quitara el hambre y en la cena se consumía lo que no se había vendido.

Identificamos que el problema con la manera de comer de Nadia radica en tiene interiorizado no sólo la idea sino la práctica de no dejar comida porque ésta se desperdicia. Fue una práctica introducida en su infancia por parte de los padres como elemento para enfrentar la situación monetaria de la familia. Así, cuando Nadia trata de implementar un régimen, no puede llevarlo a cabo por dos cuestiones particulares, tiene que consumir los alimentos que hay en casa cuando no le alcanza, que es la mayoría de las veces, para comprar alimentos “sanos” y por otro lado está acostumbrada a consumir grandes porciones de alimentos sea los alimentos de la dieta o los que acostumbra.

La situación económica de Nadia no se ha modificado, más bien ha empeorado, por un lado al papá no le alcanza para la manutención de las dos familias, por otro, con el regreso de la hermana que ha colaborado con un nuevo integrante, la familia se ha ampliado y por consiguiente los gastos económicos ha aumentado pero no los ingresos. Es por esto que la mamá continúa con la venta de comida y el hecho de que Nadia trabaje implica de manera no explícita que tiene que colaborar con los gastos de la casa. Ha tenido que ingresar dinero cuando su sobrino enfermó en la compra de medicinas, ayudado a pagar luz o el teléfono, a

completar para el pago de la renta o ayudado en la compra de víveres para la venta de alimentos.

Este ambiente incrementa la “angustia” o “frustración” de Nadia al querer perder peso corporal a través del régimen dietético, que como mencioné es la única vía que tiene en mente para lograrlo. No le alcanza su ingreso monetario para comprar su comida dieta y termina consumiendo lo que acostumbró de pequeña, alimentos densamente energéticos que le quitan el hambre, además de que tiene un gusto particular por ellos, sobre todo por los chocolates, dulces, caramelos, paletas, panques, donas, galletas, frituras y refresco.

“...lo que más me pega... como esa vez que no puede ir con la nutrióloga y ya tú sigues tu plan de alimentos que... de acuerdo a las circunstancias, ahorita no puedo comprar las cosas que me nutren, ni he podido, ni tengo como suficiente material, verdura y todo eso, prefiero no comer, comer cualquier cosa para quitarme el hambre”

Formas de resolver la situación problemática

Nadia ha utilizado dos estrategias para resolver su malestar alimentario, una de ellas es mediante el régimen dietético, tiene la convicción de que mediante el tratamiento nutricional podrá no sólo perder sino también controlar su peso corporal. La segunda estrategia utilizada ha sido la asistencia a los grupos de autoayuda.

Nadia asistió primero al grupo de comedores a los 16 años pero tuvo una permanencia corta de menos de seis meses. Fue con la idea de ayudar a su hermana que en aquel tiempo tenía más sobrepeso que ella. Encontramos que la idea de ir al grupo correspondía a un interés por parte de Nadia sobre los “trastornos alimentarios” y la adopción de alguno de ellos. Había intentado practicar algunas conductas, por ejemplo inducirse el vómito o dejar de comer, aunque no lo conseguía. Sin embargo, sí encontró una identificación con el “trastorno por atracón” aunque desde nuestra perspectiva nunca había experimentado uno, más bien era su habitual forma de alimentarse, por otro lado, la agrupación brindaba apoyo de manera gratuita.

En esta época estuvo sólo unos meses y lo dejó porque la dinámica grupal no la convenció, menciona que “iban puras señoras” “gente adulta” y externaban sus problemas familiares, particularmente de sus relaciones de pareja, de sus hijos y que ella “no cabía ahí”, no había ningún adolescente y sentía que sus problemas eran minimizados y era poco comprendida, además que no tenía mucho sobrepeso.

Regreso a los 19 años porque después de terminada la preparatoria subió mucho de peso, llegó a los 90 kilos, se encontraba deprimida y el grupo apareció como una opción. Recuerda que encontró a una “compañera” que la invitó nuevamente, inicialmente no quería ir, le daba pena que la vieran tan gorda pero la compañera insistió y finalmente Nadia aceptó. Llegó al grupo y fue diferente, se sintió acogida y comprendida. Salir de su casa al grupo le ayudó a disminuir su depresión y asilamiento. Empezó a motivarse, encontró trabajo, empezó a ser más independiente económicamente.

El grupo empezó a representar la vía por medio de la cual ella podría alcanzar su anhelada delgadez a través del control alimentario, aunque más bien era como el pretexto para salirse y no estar en su casa. Asistía tres veces por semana, sí podía iba en las mañanas y abría el salón por si llegaba algún interesado. Se involucró en la sección de difusión, generó un plan para ir a la radio, a la televisión y buscar espacios donde pudiese hablar del problema, aunque parece que nunca lo llevó a cabo, era la que siempre estaba puntual y la que se iba al final, le gustaba preparar café para las sesiones, también trabajaba en la limpieza del lugar. No obstante una vez que encontró trabajo, éste le impedía que se involucrara en la medida en que ella lo había hecho porque tenía que rolar turnos, el trabajo no era lo que más le gustaba pero lo necesitaba.

La salida de casa, al principio dado por las actividades que asumió de manera voluntaria en el grupo y después por el trabajo le permitieron disminuir la comida que normalmente consumía, estaba más activa. Además se ayudó llevando a cabo tratamiento dietético, si bien en el grupo se restringen las ideas sobre dietas no impide que se realicen de manera particular.

“...pero esta vez sí quise ir, como que todo lo que hay en el grupo, quiero ir, a veces no puedo por mi trabajo, a mi me gustaría ir a juntas todos los días pero nada más puedo una o dos veces por semana...como antes, me la pasaba todo el tiempo que podía en

el grupo, me salía de mi casa, no quería estar en mi casa, puros problemas, además sentía que nada más me la pasaba comiendo...”

Nadia a la vez que iba al grupo incorporó un tratamiento nutricional, llevaba un plan de comidas y por sus ingresos monetarios empezó a comprarse sus alimentos y pagar la consulta de la nutrióloga. No realizaba actividad física, que es una de las recomendaciones que se incluyen en cualquier tratamiento nutricional dado por una especialista en la materia, pero sí trataba de apegarse al plan alimentario de manera estricta lo cual le permitió bajar de peso.

La actividad física nunca ha estado en sus planes, es algo que no visualiza porque no le gusta. Menciona que ella hace ejercicio porque normalmente no utiliza el transporte público para moverse de un lugar a otro sino que camina, considera que es suficiente actividad, además nuevamente refiere su situación económica, la cual no le permitiría desembolsar dinero para ir a un gimnasio.

Llevar el régimen implicaba un costo económico que muchas veces no podía sufragar, entonces recurría a un ayuno autoimpuesto y en el grupo lo manejaba como “abstinencia”, se permitía tomar café, agua o algún dulce para calmar el hambre. Trataba de estar ocupada para “no pensar en comida” aunque evidentemente tuviese hambre.

En resumen los recursos que utilizaba para contrarrestar su malestar alimentario eran; asistir al grupo para no estar en su casa y poder practicar la abstinencia o ayuno, el régimen dietético cuando tenía dinero para pagar la consulta nutricional y adquirir sus alimentos de dieta y evitar el uso del transporte público para caminar.

Evaluación de los resultados obtenidos de cada estrategia

El régimen dietético causaba conflicto a Nadia porque era difícil para ella implementarlo por la cuestión monetaria que ya describimos, lo que le generaba mucha angustia y frustración, estas emociones se correspondían con el discurso que manejaba el grupo en relación a no

recomendar realizar dietas, sino más bien en focalizar en la parte emocional, no obstante alternaba cuando podía el régimen dietético con la terapia grupal.

“...no he podido ir con mi nutrióloga y mis desayunos son en la mañana: tres raciones de carbohidratos y un yogurt, leche, pues, lácteo y después casi pura proteína y mucha verdura y ahora siento que ya no la puedo hacer así...traté de llevar mi abstinencia pero adaptándome a las circunstancias, aunque no estaba dentro de mi plan como que me la comía, aunque trataba de comer más verdura...”

En el grupo Nadia se enfocaba en el trabajo emocional, identificó el alimento que la compulsaba pero aún no definía contundentemente el *ligue* de éste con alguna situación específica. Refería que los chocolates la compulsaban, había identificado que empezaba a comer uno y terminaba una bolsa completa, esta conducta era similar a cualquier tipo de alimento dulce o fritura. Trataba de encontrar o vincularlo con alguna emoción en particular y refería a la problemática familiar, la otra relación que tenía el padre, la situación económica, su propia personalidad. Nosotros encontramos que no había tal vinculación aunque ella tratara de encontrarlo y justificarlo. Identificamos más bien que ella asociaba *el atracón* con su manera habitual de comer, ésta aparentaba ser *un atracón o un descontrol* alimentario dado como resultado a los ayunos autoimpuestos.

“...No podría comer cereal porque me compulsas...Yo lo que no puedo comer más ahorita es cajeta y no puedo comer tampoco chocolate...Si lo podía soportar antes pero como que los chocolates me llaman, nada más con un pedacito, como un novio que tenía, me regaló unos chocolates..., me sentí como mal y siempre que me siento mal digo, “ay se me bajó la presión” entonces siempre que se baja la presión me compro una coca o algo así, me compré una de litro y luego ya me comí el chocolate, ¡ah, no manches! empecé come y come, comí rosca, me comí como la tercera parte yo sola y si había comida también. Es que como que cuando los otros están conviviendo como que yo quiero ser como normal... comer normal...”

“...el arroz también me hace sentir culpable. Pues los permitidos; la telera, frijoles pocos, no sé...la crema yo creo que porque cuando estaba chiquita mis papás siempre me daban leche en polvo y yo me la comía a cucharadas y yo pienso que a eso me debe de recordar, no sé y era como que el amor de mi papá porque siempre decía que traía mi leche y siempre me traía como que las leches y era especial para mí, esa leche, porque era para mí nada más y la crema como que de alguna manera se parece...”

La tribuna era un espacio que le permitía hablar de su problemática familiar, ahora era mucho más evidente que cuando tenía 16 años que llegó por primera vez al grupo. Además de que incorporaba otros elementos asociados a establecer alguna relación de pareja. Estas

condiciones le permitieron a Nadia sentirse comprendida y aceptada en el grupo en su segunda llegada, tenía de qué hablar y asociar su malestar alimentario a sus circunstancias de vida.

Nadia, al menos en el discurso tenía la idea de que requería las herramientas del grupo para controlar su obsesión alimentaria, ya lo había experimentado, se había ido una vez y los resultados habían sido desfavorables, aunque el grupo no la hubiese ayudado a perder peso corporal la primera vez que llegó, pero Nadia consideraba que así había sido, asumía su malestar alimentario como una enfermedad incurable y la dependencia al grupo era evidente. Esta dependencia radicaba no sólo en términos de las herramientas para controlar la enfermedad, la abstinencia, la tribuna, el trabajo individual con el apadrinamiento, sino como un espacio donde ella podía “salirse de su mundo” distraerse de sus problemas familiares y a la vez “evitar pensar en la comida” un lugar donde era “aceptada gorda o flaca” además que había esta “comprensión” sobre el descontrol alimentario dado por la situación emocional.

En el tiempo que trabajé las entrevistas con Nadia mencioné que se encontraba en su peso ideal, aunque con un miedo latente a recuperarlo. A pesar de su delgadez refería angustia constante porque ya no podía involucrarse en el grupo como antes, sentía que lo necesitaba y que sí no asistía volvería a recuperar el peso perdido. Así que alternaba entre el régimen dietético, el grupo y la abstinencia.

Debido a la problemática de la dinámica grupal y cuando éste estaba en vías de cerrar Nadia sufrió depresión, fue al médico por sugerencia de un familiar y estuvo tomando tratamiento para superarla. El grupo finalmente se desintegró y aunque trató de incorporarse con los integrantes que habían abierto alternativamente un grupo, ya no continuó, también dejó rotundamente el tratamiento nutricional y después de haber estado en su peso lo recuperó totalmente, hace un año hablé con ella y me comentaba que pesaba casi 100 kilos y había desertado del grupo de comedores pero se había afiliado al grupo de neuróticos anónimos porque consideraba que su problemática era más afín que el de la comida. Aún continúa en el grupo de Neuróticos Anónimos.

Romina

Es una señora de 65 años de edad. Es de piel morena, sus facciones son un tanto gruesas, su cara denota arrugas en el contorno de ojos, alrededor de la boca que muestra el paso de los años, le gusta maquillarse, se pinta los ojos, las mejillas, la boca, se tiñe el pelo de un color rojizo y lo trae corto a la altura de las orejas, usa joyería sencilla, aretes cortos, pulsera y anillos. Viste con frecuencia jeans o shorts a la rodilla, usa blusas o camisetas ni tan sueltas ni tan ajustadas al cuerpo, utiliza calzado tipo tenis, su vestimenta le da una apariencia más joven de lo que realmente es. Tiene una estatura promedio, mide un metro sesenta y tres centímetros, aunque menciona que ha perdido estatura, característica propia de la edad, la última vez que la midieron, hace unos meses, media uno cincuenta y nueve, no se nota evidentemente un sobrepeso, aunque tampoco es una mujer delgada, pesa aproximadamente setenta y cinco kilos, en términos nutricionales tiene un excedente de 10 kilos.

Su carácter es jovial, tiene facilidad para entablar conversaciones y relaciones de amistad. Es abuela de cuatro niños y madre de tres hijos varones, todos ellos están casados y son producto de su primer matrimonio. Dos de ellos viven en la ciudad de México y el otro en Canadá. Romina se ha casado dos veces, la primera vez a los 20 años y se divorció después de 15 de relación, posteriormente y después de siete años de estar sola estableció otra relación de pareja pero desafortunadamente su esposo murió de un paro cardíaco. Es originaria del Distrito Federal y cuando se casó por segunda vez hace 23 años se estableció en Cuernavaca. Actualmente vive sola en un departamento en el centro de la Ciudad.

La infancia de Romina fue complicada en términos de convivencia, ella refiere que proviene de una familia disfuncional, debido a la conducta de celotipia que la madre sufría y un problema de alcoholismo en el padre, el cual no era tan grave, puesto que le permitía realizar sus actividades cotidianas de manera normal, ella lo consideraba un bebedor social asiduo. En la cuestión económica no tenían problemas, pues el padre tenía varias accesorias en la colonia Roma de la ciudad de México y se mantenía de las rentas, además de que tenía un trabajo como empleado del servicio público del cual se retiró sin jubilación pero le permitió conformar una red de conocidos y amigos que ayudaron al soporte de los negocios que

emprendía, tanto en la renta de las accesorias como en la apertura de un estacionamiento y de una mueblería, posteriormente ayudaron en la colocación de trabajo para Romina y su hermano.

La relación que Romina tenía con su madre la describe como negativa, tiene recuerdos muy presentes de su adolescencia cuando su madre trataba de competir con ella por el cariño del padre, Romina refiere que éste la quería mucho y que su madre tenía celos de ella, no entendía la situación pero en la adolescencia fue mucho más claro porque la madre le recriminaba directamente la preferencia que tenía el padre hacia Romina y desplazaba el cariño que le correspondía como esposa. Menciona que su madre era muy autoritaria y neurótica, también recuerda muchas peleas entre sus progenitores, motivadas por la situación de alcoholismo del papá y las salidas que éste realizaba con frecuencia.

Los padres terminaron divorciados y Romina se fue a vivir con su padre, recuerda que fueron muy buenos tiempos porque siempre se llevó bien con él. En esta época fue cuando tuvo su primer trabajo y se casó. Su papá tenía un conocido que trabajaba en la Suprema Corte de Justicia y éste la empleaba como asistente particular para el manejo de sus negocios donde aprendió cosas como decoración de interiores. Romina comenta que solamente estudió hasta la preparatoria y no era buena para la escuela, de hecho no la concluyó. En el empleo fue donde conoció a su primer esposo y se casó.

Estuvo casada durante 15 años, después se divorció. Los motivos de la separación tenían que ver con la relación de conflicto que tenían. Romina replicaba la conducta de su madre, además de que el esposo también tenía problemas de alcohol parecidos al del padre. No se llevaba bien con el esposo, él trabajaba todo el día y ella estaba en la casa al cuidado de los hijos, aunque siempre tuvo quien le ayudara tanto en la labores del hogar como en el cuidado de los pequeños. Comenta que los problemas eran muy evidentes desde que se casaron, puesto que no tenían cosas en común, peleaban todo el tiempo, ella lo celaba y al inició se “escondía” en sus enfermedades, después ambos se cansaron de la relación y decidieron de común acuerdo la separación. Recuerda que ella “somatizaba” todas sus emociones, estaba muy delgada porque no comía, sufría de colitis, tenía problemas de riñón, por tanto

controlaban mucho su dieta, aunque ella tuviese hambre comía y luego vomitaba, refiere haber sido anoréxica y bulímica a causa de sus padecimientos. Comenta que en esa época y a pesar de sus embarazos ella registró su peso más bajo, no pasaba de 60 kilos. Se arrepentía de haberse casado y además de haber procreado tres hijos.

Permaneció siete años soltera, después conoció a un hombre jubilado de la marina mercante que venía de una estancia en Estados Unidos. Se enamoraron y se dedicaron a “disfrutar de la vida”, se establecieron en Cuernavaca, salían con frecuencia a los bailes populares, a desayunar a diversos restaurantes, de vacaciones a diferentes playas, les gustaba bailar y buscaban espacios para hacerlo, los paseos eran constantes. Comenta que en esa época no pensaban en establecer un negocio, sino más bien en gastar dinero y darse “buena vida”. Como consecuencia subió de peso de una manera desorbitante, llegó a pesar 100 kg, su esposo también incrementó de peso, además de que tenía el hábito del tabaco y el alcohol.

Todo iba muy bien, hasta que a su esposo le dio un infarto fulminante y murió, ella decidió quedarse en Cuernavaca, la casa en donde vivía la remodeló y adaptó dos bungalós, que actualmente renta. Es por medio de estos ingresos monetarios que se mantiene actualmente, al igual que con la pensión que le dejó su esposo. Cuando la conocí tenía la intención de abrir un estacionamiento y estaba tratando de hacer los trámites pertinentes con la ayuda de uno de sus hijos.

Experiencia de su malestar alimentario

El conflicto de Romina con la comida se hace evidente ante el incremento de peso corporal, aunque ella refiere que esta problemática se desarrolló en la adolescencia. Cuenta que en esa época sufría de los nervios debido a los conflictos de sus padres. Nunca fue gorda sino más bien era delgada en parte porque con frecuencia dejaba de comer particularmente cuando sus padres se peleaban, recuerda que no era muy comelona aunque siempre tuvo predilección por los alimentos dulces.

Su recurso en aquel tiempo era dejar de comer, su madre la consideraba “melindrosa” con la comida. Menciona que a veces tenía hambre pero no comía como una forma de llamar la atención ante la situación familiar. Cuando se fue a vivir con el padre comía mucho mejor, en parte porque tenían una persona que les preparaba la comida y había más orden para realizar el desayuno, la cena y merienda, algo que anteriormente no tenía. La comida ya no era un medio utilizado para llamar la atención, ya no lo requería, puesto que la relación con el padre era muy buena, refiere esta etapa como la más feliz de su vida.

No le costaba mantenerse delgada porque la comida había pasado a segundo término, además estaba más mucho más interesada en sus conquistas, menciona que fue muy noviera. Cuando se casó se mantenía delgada a pesar de los embarazos porque padecía colitis y tenía problemas de riñón, por tanto se encontraba con tratamiento médico de manera continua con prescripción dietética. Estas enfermedades le provocaban alteraciones en su manera de comer. Tenía que consumir la dieta recomendada por el médico, baja en grasa sobre todo por la colitis, y a veces prefería no comer, en otras ocasiones rompía la dieta y se provocaba el vómito. Romina refiere que ella canalizaba su problemática de pareja en las enfermedades porque no sabía externar sus emociones, sus enfermedades desaparecieron después de su divorcio. Empezó a incrementar de peso y recurrió entonces a consumir algunos medicamentos que le inhibían el hambre, éstos habían sido recetados por su médico. Recuerda que los adquiría en la farmacia, pero que después ya no los podía conseguir sin receta médica, fue cuando se dio cuenta que lo que consumía eran anfetaminas, el consumo de éstos no era frecuente, pues refiere que lograba hacer régimen y baja de peso, solo un par de veces uso las anfetaminas, después ya no logró conseguirlas.

“...me sometían a unas dietas brutales, yo me moría por un taquito, por una probadita de frijolitos y no, tenía yo una sirvienta Rosalba que me daba un manazo, Rosalba, no me hagas eso “ay señora es que está enferma acuérdese” no sé qué...”

“...desde niña, desde que estaba yo en la secundaria, por hinchada, yo nunca fui gorda de niña ni después de casada hasta mí último hijo fue que empecé a subir de peso, ahí se me despertó la compulsión, ya la tenía yo pero no se me notaba porque lo más que pesaba eran 60 kilos, 65 cuando mucho cuando ya pesaba 65 me empezaba a dar la calentura por el riñón, entonces los doctores me cuidaban mucho por eso y este, por eso... además era bulímica y anoréxica a fuerza porque como comía yo muchas cosas grasosas y picantes y pasteles...”

Estos siete años que estuvo soltera, subió relativamente de peso, pero lograba mantenerse con algunas dietas, se estableció en un peso de 70 kilos. Es en el periodo de aproximadamente cinco años, tiempo que duró su matrimonio, que se dio un incremento excesivo de peso aunque trataba de hacer régimen no lo lograba, trataba de disminuir la comida pero le resultaba complicado, particularmente porque su pareja no le permitía realizar dieta, estaban acostumbrados a comer fuera de casa, ella no es afectada a la cocina por lo que siempre terminaba rompiendo el régimen.

Realizaba varias dietas pero no le resultaban, su esposo muere como consecuencia de su modo de vida, cuando ella tenía 47 años. La muerte de su esposo así como las causas de su deceso la llevan a “preocuparse mucho más por su incremento de peso corporal” trata de controlar su manera de comer, particularmente por temor a las consecuencias que podría acarrearle en su salud.

“...yo nunca fui gorda, mi problema de gordura fue ya hasta después de los hijos...con ese hombre que te contaba que nos dábamos vida de ricos...ahí es donde se me descompuso el cuerpo...comí todo lo que no comía antes...”

Identificamos que su búsqueda para perder peso no tan larga ni “tormentosa” porque encuentra los grupos de autoayuda una manera efectiva para perder peso corporal. Es en el grupo de comedores donde logra una pérdida significativa de peso, a los seis meses pierde aproximadamente 18 kilos, se apega a la terapia grupal y en el lapso de un año consigue llegar a los 65 kilos y se mantuvo en éstos por más de cinco años, después incrementó a 70 kilos para finalmente estancarse en 75 kilos que son los que pesa actualmente.

Problemas asociados a su manera de comer

Romina considera que su problemática alimentario surge desde que su madre estaba embarazada de ella. Por referencias de su abuela materna tiene conocimiento que su madre se embarazó antes de casarse, su padre dudaba de la paternidad y no quería comprometerse, si bien aceptó casarse con ella, la rechazaba, el cambio del noviazgo a la vida de casada lo resintió, no le gustaba, además por el embarazo se complicó más la situación. Al parecer ninguno de los dos querían ser padres y mucho menos casarse, sin embargo el embarazo se dio y terminaron casados. La abuela de Romina cuenta que su madre se veía muy triste

particularmente porque sentía el abandono y distanciamiento del esposo, en parte por la situación emocional y por otro lado porque él tenía que trabajar dada las nuevas responsabilidades adquiridas. Cuando nace Romina el padre vuelca su cariño hacia ella, algo que la madre no comprendía, debido a que inicialmente mostraba rechazo tanto al embarazo como a ella.

Según Romina la madre le transmitió su tristeza y además de que sentía su rechazo, ella de manera inconsciente utilizaba la comida como un medio para llamar su atención. En su infancia ella trataba de ganarse el cariño de la mamá que siempre se molestaba por la preferencia que tenía su papá hacia ella. Menciona que ella los quería a los dos, pero su madre siempre la rechazaba y no entendía por qué, hasta la adolescencia.

Es en ésta etapa que la mamá empieza a “competir” abiertamente con Romina por el amor de padre, se peleaban constantemente, más porque Romina era muy noviera y obtenía el consentimiento del padre para frecuentar a sus amigos. La mamá incrementa su conducta de celotipia hacia su pareja, rechaza claramente a Romina, acusándola de haberle robado el cariño del padre. Peleaban por cosas muy simples era, una forma de “hacerle la vida pesada”. El suceso definitivo para que se estableciera una muy mala relación con su madre fue su celebración de 15 años, ella anhelaba una fiesta, su papá estaba de acuerdo, pero la mamá se impuso de manera indirecta argumentando problemas de salud y falta de ingresos para llevarla a cabo, de manera que no hubo fiesta, razón por la que cuando sus padres se separaron ella eligió vivir con el papá.

Cuando se casó, se da cuenta de que “no eligió bien”, la vida de casada no le gustaba, se embarazó muy pronto y tuvo a sus tres hijos muy seguidos. Menciona que ella no quería embarazarse tan pronto, además también se da cuenta que empieza a replicar la conducta de su madre, es decir somatizar sus emociones, por ejemplo celar al esposo sin tener motivos. Considera que ésta etapa fue una de las más tristes de su vida con excepción del nacimiento de sus hijos. Durante su matrimonio canalizó sus emociones tanto a la enfermedad como a la restricción alimentaria.

Después del divorcio y al establecer su segunda relación, la comida toma otro sentido: darse “buena vida”, el gusto por comer bien y abundante son sentimientos que resultan de una sensación de plenitud en términos de que no tener que restringir sus alimentos o utilizar la comida para manifestar sus emociones, algo que hizo ante los conflictos con su madre y con su primera pareja.

“...pesaba yo como 100 kilos porque me divorcié, después tuve una pareja, los dos estábamos preciosos en ese tiempo, el venía de los mares era marino de la mercante, yo ya me había divorciado y todo, nos dábamos la buena vida y yo me dejaba consentir, era de siempre salir a comer, desayunar, comer y cenar en restaurante, ya te has de imaginar, una buenas comidas...”

Formas de resolver la situación problemática

Romina utilizaba la restricción alimentaria a manera de ayuno autoimpuesto, en su infancia “no comía, dejaba la comida” era considerada “melindrosa”, de manera inconsciente utilizaba la comida como una forma para expresar sus emociones y llamar la atención, particularmente de la mama. Posteriormente en su vida de casada, también restringe sus alimentos y se justifica bajo la enfermedad. Si bien no buscaba perder peso corporal ni había una inconformidad con éste la comida jugaba un papel importante porque era el medio para controlar sus enfermedades. Romina refiere que no fue gorda de pequeña, su problema de sobrepeso se hace patente en su vida adulta, pero la comida era su forma de expresar su sentir, sobre todo de inconformidad o malestar hacia situaciones familiares, su relación con su madre y su primer esposo.

Utiliza el régimen dietético como un recurso complementario ante sus padecimientos de colitis y problemas de riñón, de esta forma controla su manera de comer. Aunque tenga la “sensación de hambre” “quiera comer otras cosas que no estaban en su dieta”, igual que cuando era niña, tenía hambre pero su enojo ante la problemática de sus padres “dejaba la comida”.

Una vez que su vida “es plena” no hay porque restringir los alimentos ni controlar lo que come, como consecuencia sube de peso y busca hacer régimen dietético que ella implementaba de manera particular en el periodo de soledad después de su divorcio lo consigue, logra controlar

su peso corporal. Sus dietas consistían generalmente en dejar de comer pan, tortilla, dejaba de cenar. También realizó diversas dietas que consistían en consumir un determinado alimento, por ejemplo la dieta basada en cítricos, donde lo único que se permitía comer en el desayuno y la cena era naranja, mandarina o toronja. Otro recurso utilizado era dejar de comer el postre, puesto que estaba acostumbrada a consumirlo y tenía una predilección por lo dulce, particularmente por el pastel, también dejaba el refresco que es algo que consumía con frecuencia. Recuerda que al realizar este tipo de régimen lograba controlar su peso corporal sin ninguna dificultad. No obstante cuando sube de peso y trata de hacer estas dietas no lo consigue.

La muerte de su segundo esposo, la lleva a querer modificar de manera sustantiva su manera de comer y recuperar su peso corporal. La llegada al grupo de comedores se hace fácil porque estaba convencida que requería perder peso considerando las consecuencias que podría traerle no controlar su comida y su peso. Su cuñada la invita al grupo, le comenta que una vecina asiste y además en Cuernavaca también hay uno. Romina recuerda que había tenido esta conversación sobre los grupos en un fin de semana que había estado en la ciudad de México, cuando venía de regresó a Cuernavaca, por el camino a su casa vio el letrero del grupo de los comedores, entonces reafirmó la idea que tenía que asistir.

Al llega al grupo y apegarse al tratamiento que éste ofrece, tiene resultados sumamente favorables, pierde 18 kilos a los 6 meses. Se identifica con el discurso grupal en el manejo que hace de la comida vinculada con las emociones. Trabaja su cuarto paso de manera profunda y de esta forma encuentra los motivos que la llevan a la compulsión alimentaria. Hace “conciencia” de la relación conflictiva con la madre y cómo ha canalizado toda su vida y sus emociones a los alimentos.

“... yo trabaje mi problemática desde el vientre de mi madre, desde ahí me di cuenta de que había yo nacido con todas las tristezas de mi madre cuando estaba yo en su vientre, ¿por qué? preguntaba yo, yo era muy preguntona con mi mamá, entonces, yo le preguntaba y supe muchas cosa con mi abuela: que mi padre se avergonzaba de ella porque estaba esperándome a mí, que no quería que naciera yo, después mi abuela me defendió y este... mi mama, imagínate, esperar embarazada pues, quiere uno que el esposo la apapache, que la consienta, que la quiera y no había nada de eso...sí, entonces pues nací con todo eso y tenía que aprender a despojarme de todas esas emociones con la que había nacido, costras ¿verdad?...”

Establece la relación del alimento con un vínculo emocional tal como lo sugiere el grupo y lo encuentra. Identifica al pastel como el alimento que la impulsa. Refiere que su compulsión por éste se debe a la fiesta de quince años que no tuvo. Nosotros encontramos que ella siempre tuvo un gusto por los alimentos dulces y el pastel estaba incluido en sus preferencias. No obstante, ella encuentra concordancias de elementos sugeridos por el discurso grupal con su vida, los cuales asume como consecuencia de su desbordamiento alimentario.

“...por ejemplo yo en mi historial saque el pastel que era lo que me tragaba los pedazotes de pastel, porque era tragazón de pastel, porque, porque en el grupo, en mi terapia, digo en la tribuna porque no me hicieron la fiesta de los 15 años...¿no? sí me quedaba sin comer tres días para comer pastel...”

En sus 18 años de permanencia en Comedores, Romina ha pasado por varias fragmentaciones e integraciones del grupo. No obstante ha permanecido como un elemento importante en la búsqueda de cohesión grupal. Después de la división del último que conocí, ella fue una de las incitadoras en continuar con algunos miembros.

Evaluación de los resultados obtenidos

Romina obtenía buenos resultados para controlar su dieta y su peso corporal cuando era joven, sin embargo cuando envejeció incrementó considerablemente de peso e intentó implementar el régimen dietético que no le funcionó.

Encontramos que Romina no tiene una “carrera” larga en la búsqueda de opciones para perder peso corporal, puesto que no tuvo que enfrentarse a la lucha por perderlo sino hasta su vida adulta. Es hasta los 47 años cuando muere su esposo, como consecuencia de su estilo de vida, y ella se encuentra pesando 100 kilos es que quiere realmente bajar el sobrepeso. Tropieza con el grupo relativamente rápido y su convencimiento de querer perder peso corporal la hace apegarse al tratamiento que ofrece éste. Por tanto tiene muy buenos resultados. Con las herramientas grupales logra recuperarse. Se asume como comedora compulsiva porque identifica en el discurso grupal que la conducta compulsiva se relaciona directamente con las emociones, aunque nosotros no identificamos que su manera de comer fuese compulsiva.

Podemos identificar que está impregnada del discurso grupal, se asume enferma de comida, refiere que debido a su problemática familiar ella canalizó sus malestares en la comida y no en el alcohol, por tanto, asume que es una enfermedad incurable y requiere las herramientas del grupo, es por eso su permanencia por tantos años en éste. Aunque ella logró controlar su malestar corporal en el lapso de una año. Considera que gracias al grupo logró trabajar la parte emocional, como consecuencia también obtuvo resultados en la parte física y espiritual, es una de los pocos miembros que han logrado controlar su peso corporal a través de trabajar de manera fundamental la emociones.

Nosotros identificamos que la permanencia por tantos años en el grupo obedece a dos situaciones concretas. Primero, la terapia que ofrece el grupo es efectiva para sus propósitos: bajar de peso. Se identifica con el discurso y la terapéutica grupal y se apega a ésta. Segundo, el grupo a lo largo de los años ha sido una vía por medio de la cual encuentra un espacio donde socializar y hacer nuevas amistades.

Cuando la conocí era muy evidente la segunda situación, no estaba ya interesada en trabajar sus emociones, consideraba que éstas ya estaban resueltas, tampoco le interesaba bajar de peso, aunque tuviese 10 kilos de más. Si bien la dinámica grupal le estaba “pesando” aún continuaba en éste y mantenía relación con personas que habían estado en el grupo pero lo dejaron, de hecho ella me contactó con Gardenia (del grupo de TA) en una reunión que realizaron fuera del grupo y también me invitó a sus reuniones de café los viernes.

Ella mantenía su red social a través del grupo aunque los fines terapéuticos pasaron a segundo plano. Tenía otros proyectos en mente, quería abrir un estacionamiento, estaba saliendo con un amigo de su edad y tenían la intención de formalizar la relación, también se había adherido recientemente a un culto religioso donde supuestamente estaba trabajando la parte espiritual, el grupo estaba perdiendo la primacía en su vida, no obstante aún no lo ha dejado, pero sí disminuyó su participación en éste.

A pesar del largo tiempo de permanencia en el grupo, Romina ha tomado algunos elementos para su vida como una forma de apropiación del discurso grupal pero en la práctica no ha modificado del todo su conducta hacia la comida. Identificamos que ella sigue comprando comida fuera, por tanto el control no es tan estricto porque depende de lo que adquiere en la

cocina económica. Logra manejar sus tiempos de comida y puede apegarse a la abstinencia, no come entre comidas. En cuanto al alimento que la compulsión trata de evitarlo, pero en distintas ocasiones observamos que independientemente que coma o no pastel, ella no tiene una manera compulsiva de comer, ni ha cambiado o modificado su práctica alimentaria, come alimentos dulces, hace su desayuno, comida y cena, sigue comprando alimentos fuera, puesto que no cocina en casa.

“...yo estuve cocinando, estuve comiendo con ella mucho (con Sarita, dueña de una cocina económica) ella guisa normal, yo guisaba nada más que te diré, quesos, espinacas, aguacate, jitomates, muy, muy sencillo no creas que yo hago sopas con agua y cebolla, no, me quite el ajo y la cebolla, me gusta el arroz, también la sopa aguada de fideo también, pero mi compulsión, mi bocado compulsivo, los detecté en el historial eran las... los tacos dorados, los cacahuates, este el pastel, de los quince años que no me hicieron... los demás no me compulsan me gustan pero normal, el arroz me gusta normal, no creas que... ya te puedo comer un pedazo de pastel así chico y ya no pido más ya no me interesa, sí ese es y a mí me gustaría mucho aprenderle de ella sus planes de alimentos ¿cómo no? saber qué en vez de carne puedo comer frijolitos o lentejas sí...yo no lo sé, pero lo como lo que sé, que las lentejas me encantan, pero la verdad no me gusta mucho que digamos lo de la cocina, intentó pero no se da, pero sí claro me gustaría”

No identificamos que hubiese practicado “atracción” más bien su incremento de peso se dio debido al consumo de alimentos ricos en grasa e hidratos de carbono simple y a la vida sedentaria que llevaba, así como al aumento normal del peso corporal y disminución del metabolismo basal característica particular conforme avanza la edad. Ella mencionaba que el pastel le provocaba compulsión, no obstante, observamos que puede comer de este alimento sin que exista una modificación en su conducta alimentaria. Observamos que en su práctica alimentaria consume alimentos donde adiciona mucho dulce, a pesar de que utiliza edulcorante y no azúcar común para endulzar el café, leche, té o agua de frutas, a su vez continúa tomando refresco solo que en el tipo light. Estos son alimentos que Romina tenía la costumbre y el gusto de consumir.

En una comunicación telefónica al principio de este año, me comentó que continúa en el grupo, que lograron mantenerlo y estaban trabajando con la inter-grupal para realizar un evento con la finalidad de apoyarlos. Son pocos miembros los que se reúnen, no más de tres, sesionan dos veces a la semana una vez por la mañana y otra por la tarde. La organización del evento tiene como objetivo apoyar al grupo, invitando por diferentes medios a la población

para que se adhiera a él y se incremente el número de miembros. Podemos decir que Romina continúa en el grupo porque ha logrado conformarse como una figura emblemática de éste, su rol en el grupo es más de coordinación y dirección que de miembro regular que requiera controlar su manera de comer.

Pedro

Es un hombre de 39 años de edad, tiene el cabello castaño oscuro, ondulado, lo usa estilo casquete no tan corto. Su tez muestra un tono moreno claro. Es alto, mide aproximadamente un metro setenta y siete centímetros. Viste camisas o camisetas sueltas, acostumbra el uso de jeans y calzado deportivo. Sus facciones son fuertes, que corresponden a su timbre de voz y a su carácter. De entrada parece un tipo enojón, su semblante denota cierta rudeza, pero tiene facilidad para expresarse y comunicarse verbalmente.

Se puede apreciar a pesar de su vestimenta suelta que no es gordo ni tampoco delgado, podemos ubicarlo con un hombre de peso promedio, con una complexión mediana, no se vislumbra un hombre que empeñe tiempo en trabajar su físico, tiene cuerpo de una persona más bien sedentaria, sus brazos son relativamente delgados sin un desarrollo de los músculos de estas zonas, las cuales corresponden a su empleo de actual.

Se dedica a la administración de dos negocios propios, una refaccionaria y un vivero. El primero fue heredado por su papá y el segundo fue generado por él como resultado de sus estudios inconclusos en Biología. Comenta que no se tituló pero que logró abrir el vivero con mucho éxito y los conocimientos adquiridos en la escuela le han ayudado al desarrollo y crecimiento del mismo. La refaccionaria era el negocio familiar que su papá inició desde que él era pequeño, éste les dio muy buenos ingresos y actualmente aún considera es muy buen negocio. Pedro trabajó desde pequeño en este lugar.

Es el mayor de dos hermanos, uno de ellos es médico y vive en el norte del país, su relación es lejana por la distancia y diferencias de carácter, con el hermano menor la relación es muy buena, él le tiene un cariño particular porque lo cuidaba y ayudaba cuando su padre los abandonó, además de que colabora en los negocios de manera importante.

La infancia de Pedro fue “traumática” por varios sucesos que le afectaron emocionalmente. Por un lado, comenta que en su familia existía mucha violencia dado que su padre tenía problemas de alcohol, su madre era una mujer muy sumisa y con un carácter “endeble”. La situación de alcoholismo del padre era más fuerte que en el caso de las demás informantes, el padre bebía con frecuencia y violentaba mucho la vida familiar. Pedro recuerda que cuando su padre tomaba alcohol tenía dos personalidades, por un lado se transformaba en un papá amoroso con ellos no así con su mamá. Cuando no bebía era muy enérgico, mal hablado, hasta grosero, con su esposa era “un dulce”, alcoholizado las cosas se invertían.

Pedro define a su padre en la época de su infancia como un hombre “cabrón”, porque era muy autoritario con ellos, violentaba a su madre, además era muy “mujeriego”. No obstante lo admiraba, lo veía cómo manejaba las situaciones en el trabajo y le cautivaba observar el don de mando, la forma en que se imponía logrando realizar buenos negocios y obtener ganancias sustanciosas, además que hacía alarde de su personalidad para sus conquistas, le gustaba demostrarle a Pedro que le era muy fácil hacer dinero, además le inculcaba que lo más importante era adquirirlo.

El papá tenía especial cariño por él, lo llevaba consigo a todos lados con la finalidad de que aprendiera a “hacerse hombre”. Le exigía mucho, le daba responsabilidades de dinero a la edad de ocho años y si faltaba o perdía dinero lo amonestaba a golpes, aunque cuando bebía le pedía perdón, lo abrazaba y tenía demostraciones de cariño que no expresaba cuando estaba sobrio.

La mamá compensaba el cariño que sentía hacia Pedro con comida, ya que parecía que él “era una pertenencia del papá”. Según refiere, la comida era una forma que la madre utilizaba para tener contento no sólo al esposo sino también a ellos como hijos.

Pedro recuerda que siempre fue gordito, tiene fotos de bebé donde se aprecia su estado. Para los padres, la gordura representaba cierto estatus social, se enorgullecían de tener un hijo “gordito” mostrando en parte su capacidad económica y la abundancia de recursos. Él refiere que su problema le causaba mucho conflicto, a los once años él pesaba 80 kilos, lo que pesa actualmente, tenía problemas para caminar, recuerda que se sofocaba, además que las

burlas de sus compañeros eran continuas, haciendo referencia a su gordura y a su torpeza al caminar. Las muchachas también se burlaban de él, no obstante, implementaba los recursos que había aprendido de su padre para hacer amigos, utilizaba el dinero para conseguir amistades. Recuerda que su problema de obesidad continuó, sin embargo él compensaba este atributo negativo mediante el dinero. Los amigos lo seguían y hasta las mujeres, porque siempre era muy espléndido, el “disparaba” las bebidas o pagaba en los antros. A las mujeres las conquistaba con regalos.

Hubo dos sucesos en su vida que le afectaron emocionalmente. Uno de ellos fue la separación de sus padres cuando él tenía siete años. El papá decidió establecerse con otra mujer dado que la había embarazado y ésta era menor de edad, por consiguiente, de manera un tanto obligado por la familia de la muchacha, tuvo que separarse de la esposa y casarse con la mujer más joven. De manera simbólica el padre le otorga a Pedro las responsabilidades de cuidado sobre su mamá y sus hermanos; en sí lo dejaban a cargo de la casa, una tarea que Pedro tomó muy en serio. Por otro lado, resintió dejar de ser el hijo predilecto, sentía que ya no tenía el cariño del papá, el cual había sido desplazado por su nueva familia. Trataba de agradarlo en todo y empezó generar cierto rencor hacia su madre, la culpaba de la separación, pensaba que ella había sido la causante del abandono de su padre y que no había hecho nada para retenerlo, también él se sentía culpable de que su padre los hubiese abandonado. Pedro menciona que sentía odio hacia su madre y coincidía con su padre cuando la violentaba.

El otro suceso que lo marcó se debió a que fue abusado sexualmente en su infancia y adolescencia por dos personas cercanas. A los 8 años, recuerda que dada la situación de la separación de sus padres, se salía con frecuencia de su casa y se iba con sus vecinos. Uno de ellos empezó a darle regalos para que lo visitara y un día comenzó a tocarlo, lo acariciaba a la vez que éste se masturbaba pero nunca fue más allá. Sin embargo a los 14 años fue a visitar a uno de sus primos, algo que hacía con frecuencia, pero no lo encontró, sólo estaba una de sus tías, la que empezó acariciarlo y excitarlo por lo que tuvieron relaciones sexuales, él se sentía muy mal porque inicialmente no quería, creía que no era correcto. No se volvió a repetir el encuentro, pero estas dos situaciones le afectaron negativamente para el desarrollo

de su sexualidad y la percepción en este sentido al tratar de establecer relaciones de pareja, tenía miedo de establecer una relación formal, no quería ser rechazado.

Actualmente, Pedro está soltero, terminó con una relación de noviazgo que había logrado establecer ya por varios años, la ruptura también le afectó emocionalmente. En cuanto a la situación con sus padres, ésta ha mejorado considerablemente, su padre enfermó debido al alcoholismo y su segunda familia lo abandonó por lo que Pedro y su madre tuvieron que hacerse responsable de los cuidados de éste.

Experiencia de su malestar alimentario

Pedro padeció de obesidad desde la infancia, esta situación le provocaba mucho conflicto, pues se sentía mal no sólo físicamente sino también emocionalmente, refiere que su condición lo hacía muy inseguro para establecer relaciones de amistad o noviazgo, además se sentía estigmatizado. Recuerda que se sofocaba al caminar, se cansaba, no podía participar en las actividades deportivas de la escuela. Usaba ropa de adulto, a los ocho años vestía talla 36 y era objeto de burla para sus compañeros.

“...ya tenía yo un sobrepeso y yo me sentía mal, yo me avergonzaba de mi cuerpo...yo ya usaba talla treinta y seis a los once años, ya mis compañeros en ese tiempo no eran gorditos, hoy ya es muy común, era la burla de mis compañeros, era la burla de las muchachas, porque muchas veces estaban ahí “ándale llégale al gordito” y cosas así, para mí era muy doloroso...”

En la adolescencia continuaba con su exceso de peso, pero cuando entró a la universidad empezó a tomar anfetaminas y asistía al gimnasio con frecuencia. Esto lo ayudaba a disminuir la cantidad de comida que acostumbraba consumir y por consiguiente logró perder peso corporal. No obstante, cuando dejaba de tomar las pastillas recuperaba el doble de peso perdido, la actividad física no era su fuerte y lo dejaba con facilidad. Aunque cada inicio de año se propusiera nuevamente disciplinarse en el gimnasio, antes de seis meses desistía. Trataba de disminuir la cantidad de comida pero no lo conseguía, fácilmente podía recuperar el peso perdido.

El mayor problema que encontramos en relación con la manera de comer y el peso excedente de Pedro era la complicación que resultaba para él cuando trataba de establecer alguna

relación amorosa. Refiere que tenía mucha inseguridad por su aspecto de “gordo” pero que usualmente lo disfrazaba haciendo alarde de buen “conquistador y galán” mediante el ofrecimiento de regalos costosos e invitaciones a diferentes espacios de recreación, por tanto había muchas chicas dispuestas a salir con él, particularmente cuando se mostraba esplendido. No obstante, a la hora de intimar, él no lo conseguía, tenía miedo y vergüenza. Por un lado asociaba estos sentimientos a su imagen corporal y por otro lado, aunque de manera no tan clara a los eventos traumáticos que había vivido en la infancia y adolescencia.

Si bien en su discurso refiere que no podía establecer una relación formal y lo asociaba a su peso corporal, nosotros consideramos que sus vivencias de abuso sexual tenían un fuerte impacto. Pedro menciona que no tenía problemas para salir con las mujeres debido a que era muy galante con ellas, entonces siempre había con quién estar, él buscaba relacionarse con frecuencia con mujeres mayores, que también estaban en busca de cariño, pero el problema fundamental era que no podía intimar, no lo conseguía y esto lo frustraba. Entonces se refugiaba en la comida, en buscar otras mujeres y tratar de bajar de peso.

“...esta parte de la confianza y de la seguridad otra vez, tu refugio vuelve a ser la comida, claro, cuando pierdo mi confianza y mi seguridad me voy a la comida, ella no me falla, ella si me es fiel, pero es volver a la locura...cómo me explico eso, fíjate yo a los seis años cuando se destapa mí, lo que es mi enfermedad con la comida...”

Se sentía estigmatizado por su apariencia física, objeto de burlas, no obstante trataba de compensar este sentimiento poniendo en práctica sus dotes de conquistador utilizando dinero para adquirir cariño y compañía, aunque éstos no fueran sinceros, además de que consideraba que había heredado el buen tino de su padre para los negocios y desde antes de concluir la universidad él obtenía ya buenos ingresos monetarios y era independiente económicamente. Tenía la idea interiorizada que le había inculcado su padre en relación al dinero y cómo con éste podría conseguir lo que quisiera, además lo llevaba a la práctica y lo comprobaba cuando empezaba a galantear alguna mujer, ésta aceptaba aunque él sabía que lo hacía por dinero.

Mantuvo varias relaciones, sin lograr concretar ninguna. Sin embargo, se enamoró de una mujer muy guapa, de buena figura, además delgada, era una de sus clientas del vivero. La relación se fue dando porque él inició la galantería y nunca pensó que ella lo aceptara, él

pensaba que lo único que le interesaba era su dinero, pero se equivocó, ella estaba en una situación económica muy buena, mucho mejor que la de él. Ella se enamoró, lo buscaba y trataba de formalizar la relación, como él no se convencía, terminaron teniendo relaciones sexuales, algo que ella quería posponer hasta después del casamiento, sin embargo “cedió” porque pensó que con esta decisión él le propondría matrimonio, ella se quería casar con él, pero Pedro tenía miedo, no sabía cómo manejar la situación, normalmente le era muy fácil terminar sus conquistas cuando dejaba de ser “esplendido”, se comportaba como “patán” y “dejaba de comprar el cariño de ellas”, no había problema para el rompimiento. Con esta mujer fue diferente, porque su herramienta de “comprar” no le funcionó. La relación tomó diferentes tintes, él también se enamoró pero no quería reconocerlo, no sabía cómo manejar éste sentimiento, ella lo complacía en todo y esta actitud le recordaba a su madre, entonces él se comportaba como el papá, la maltrataba, además de que no comprendía como “una mujer delgada, bella” podía andar con él, que era gordo además de que se sentía acomplejado, no sólo por la cuestión económica sino por la cuestión sexual, donde surgían sus traumas. Finalmente y después de ocho años de “aguantarle de todo” hasta infidelidades, ella terminó la relación.

“...A pesar de que ella era delgada por qué no era gorda, tenía un cuerpo muy bonito, era una mujer muy atractiva sí, pero mi locura, mi inseguridad yo nunca pude lidiar con eso, esta enfermedad te afecta en todos los sentidos de tu vida, en el sexual, en el emocional, en el económico, en el laboral, en todos los aspectos...”

La ruptura le afectó a Pedro, quien por un lado sentía que tenía el control, cariño y amor de la mujer y por otro no sabía qué hacer con estos sentimientos, no concebía que alguien lo amase, se consideraba indignó por el hecho de estar gordo. Aunque también influyeran los eventos traumáticos de su infancia en relación a los abusos sexuales que padeció y la relación conflictiva entre los padres, dado el alcoholismo del papá. Sin embargo Pedro sólo hacía referencia a su “gordura”.

“...siempre fui inseguro con las mujeres por mi gordura, entonces pues obvio, imagínate, no podía desnudarme me avergonzaba...sentía que no merecía el cariño de esta mujer...después ve uno de otra manera las cosas, ella si me quería pero pues era demasiado, yo la lastimé mucho por mi inseguridad, no podía creer, no me la creía que me quisiera...cómo si iba a enamorarse de un gordo como yo...pensaba era una interesada, me quiere por el dinero y no, después de casi ocho años ella me terminó...yo sentía que lo merecía, de hecho, como dice la canción yo provoqué todo el

tiempo que me abandonara...por mi inseguridad, por estar gordo, por mi problema...finalmente soy un enfermo y actuaba como enfermo...”

La situación emocional en la que se encontraba cuando se dio cuenta que definitivamente había perdido el cariño sincero de una mujer y que además se habían lastimado mucho, fundamentalmente por sus traumas, se deprimió y si bien, en esta época había logrado estabilizarse en el peso corporal, registró un peso de 90 kilos, debido a su estado anímico se aisló, empezó a comer desahoradamente, como resultado incrementó de manera considerable su peso, llegó casi a los cien kilos. Su depresión le duró cerca de un año, pero gracias a su llegada al grupo de comedores, logró salir de su estado anímico y bajar considerablemente de peso.

Problemas asociados a su manera de comer

Encontramos dos elementos fundamentales relacionados con la manera de comer de Pedro, que él considera como problemática. Por un lado, la comida representaba cierto estatus social, dado en la abundancia alimentaria que se trasladaba en las proporciones corporales y por otro, la comida representaba una forma de dar y recibir cariño.

Desde la perspectiva de Pedro, su padre no era obeso más bien lo ubicaba como un hombre grueso y fornido, la mamá era también gordita pero “con forma”. Sus padres tenían la idea de que la gordura era buena, por tanto se procuraba que existiera comida abundante en casa y que se reflejara en la imagen corporal. Los abuelos tenían esta idea mucho más marcada, se enorgullecían al igual de que los papás en que Pedro fuese gordito, no sólo era considerado bonito sino que se asociaba también con salud, es decir era gordito, sano y estaba bien alimentado.

“...Mi mamá se sentía orgulloso de mí y decía: “miren mi hijo bien gordito, bien chapeadito y está muy sano”, mis abuelos más, estaban muy orgullosos, me presumían, además era uno de los primeros nietos, fui el primer nieto hombre, yo creo por eso...”

Los recuerdos que tiene de los abuelos también hacen referencia al signo que representaba la gordura como sinónimo de buena salud y prosperidad. Éstos tenían un rancho donde criaban

reses y cada vez que los visitaban había mucha comida, Pedro refiere que para sus abuelos era importante la idea de que se tenía que comer bien, porque además había más que suficiente comida y al mismo tiempo estar bien “comido” ayudaba para aguantar el trabajo del campo. Sin embargo la familia de Pedro vivía en la ciudad y la vida sedentaria era habitual, dado que el papá se dedicaba a la administración de los negocios, la refaccionaria y una carnicería, la cual tuvo que vender cuando se divorció de su mujer para casarse con la joven que había embarazado.

Se acostumbraba a consumir mucha carne y sus derivados, siempre había queso en su casa, leche bronca, crema y mantequilla que normalmente eran traídos del rancho. La compra de alimentos considerados de buena calidad se complementaba porque eran industrializados, lo cual representaba una verdadera mejoría de estatus social, en su casa siempre había enlatados, como jugos o frutas en almíbar, refrescos, tostadas, frituras, que se compraban por caja, algunos de estos productos eran vendidos en la carnicería y otros se quedaban para su consumo.

Por otro lado, la mamá utilizaba la comida como un recurso para agradar al padre, para “tenerlo contento” y que éste permaneciera en el hogar. A la mamá le gustaba cocinar, se esmeraba en la preparación de los alimentos, era una forma de agradar a los otros, particularmente al esposo. Trataba de evitar los pleitos y colocaba la comida como un elemento que contrarrestara una situación estresante o violenta. Para Pedro su mamá era una mujer sumisa que no los defendía a ellos de la violencia del padre y aguantaba el maltrato del esposo. Se refugiaba en la comida, la cual representaba su manera de proporcionar cariño. Así ante los pleitos o regaños la mamá ofrecía comida, una forma de consolución ante su incapacidad para imponerse ante el esposo y evitar los golpes físicos que éste proporcionaba a los hijos.

Él aceptaba la comida y ésta empezó a representar de forma simbólica el cariño de la madre. La comida era un signo por medio de la cual se expresaba el amor, Pedro se sentía amado por su madre y la abundancia de comida reflejaba la falta de cariño que Pedro sentía. Si bien era el preferido del papá, las muestras de cariño eran exteriorizadas cuando éste estaba

alcoholizado y cuando estaba sobrio normalmente lo regañaba, le pegaba, le exigía, lo enseñaba a “hacerse hombre”. Las muestras de cariño de la mamá eran prodigadas a través de los cuidados, fundamentalmente proporcionando alimentos.

Cuando el padre los abandonó y él se quedó como responsable de la familia, replicó lo que aprendió del padre. La madre le demostraba su cariño con comida y para él ésta cubría el vacío que el papá había dejado. La comida representa un recurso para ser aceptado, para ser querido, esta noción la interiorizó profundamente, se hace evidente particularmente cuando no podía conseguir intimar con una mujer, entonces prefería invitarla a cenar, a comer o a desayunar, era la forma en la que él podía agradarle y sentirse amado. Así, la comida le llenaba no sólo el estómago sino también su necesidad de cariño.

Formas de resolver la situación problemática

Pedro utilizó diversas estrategias para perder peso corporal, una de ellas fue la actividad física que no lograba concretar, pero le ayudó sobre todo en su época de universidad. Asistía al gimnasio y fue ahí donde en teoría conseguía y consumía anfetaminas lo que hacía que disminuyera su apetito.

“...te hablaba yo de tres años de fármaco-dependencia, entonces en el momento en que yo me empiezo a tomar la pastilla y me doy cuenta de que ya no me funcionaba, me llega más la ansiedad y el sentirme cada vez más gordo...”

Pedro nunca ha asistido con algún nutriólogo o médico para realizar algún régimen dietético, más bien éste había sido implementado por él mismo. Sus dietas consistían en eliminar algún tiempo de comida fuerte, por ejemplo no desayunaba ni comía y sólo realizaba la cena, hacía una sola comida al día, pero esta obviamente era abundante debido a que se había restringido. A pesar de que en teoría, sólo hacía una comida fuerte, se quitaba el hambre “picando” cualquier cosa, se tomaba un refresco, se comía unas donas o una bolsa de frituras, un pan, una torta, una rebanada de pastel. Consideraba que “cerrando la boca” bajaría de peso, en su discurso practicaba el ayuno, éste consistía básicamente en eliminar el desayuno, que más bien era almuerzo abundante y la comida, no obstante la cena era muy basta. Menciona que a veces no podía dormir de lo “lleno” que estaba.

Otro recurso utilizado fue la acupuntura, pensaba que podría bajar de peso con este tratamiento, menciona que se engrapó las orejas y se sometía a masajes reductivos que en teoría le ayudaban a quemar grasa. Los puntos de acupuntura eran colocados en puntos estratégicos que le ayudaban a controlar su ansia de comer, pero tampoco le funcionaba, comenta que él estaba acostumbrado a comer mucho desde pequeño y era común, se sentía ansioso cuando disminuía la cantidad que habitualmente consumía.

Finalmente llegó al grupo de comedores compulsivos a los 26 años de edad por medio del “padrino” de su padre de AA, aunque él tenía referencia de los grupos de alcohólicos anónimos dado que su papá se rehabilitó en uno de ellos no asistía a ninguno de los grupos complementarios para ayudar a los parientes de las familias, sin embargo conocía la dinámica por relatos de su progenitor y sobre todo porque había el acercamiento del “padrino”, quien había establecido una fuerte relación de amistad con la familia.

Pedro se animó a ir dadas sus condiciones emocionales en las que se encontraba, pensaba que podría bajar de peso y reconquistar a la novia perdida. Cuando llega al grupo se identifica con la dinámica de éste particularmente por el tratamiento enfocado en la parte emotiva. Se apega al tratamiento y logra bajar de peso de manera considerable.

Evaluación de los resultados obtenidos

La actividad física que realizaba en el gimnasio, el régimen que él implementa de realizar solo una comida al día, la acupuntura y el uso de anfetaminas no le funcionaron. No logró perder peso corporal de manera estable, perdía peso pero luego lo recuperaba. Por otro lado el consumo de anfetaminas que intentó utilizar nuevamente antes de llegar al grupo empezaron a provocarle taquicardia, problemas para dormir, ansiedad y un deseo constante por beber agua. Aún así las tomaba pero no lograba disminuir la cantidad de comida que acostumbraba. Es decir, aunque tomará las pastillas identificaba que seguía comiendo igual, no le inhibía el apetito pero al parecer lo mantenía más activo, refiere que dormía poco y se la pasaba sudando todo el tiempo, con taquicardia y ansiedad.

Cuando llegó al grupo pesaba casi 100 kilos, emocionalmente se encontraba “devastado” así que le resultaba fácil identificarse con el manejo terapéutico que éste implementaba. Se apegó al tratamiento y le funcionó por ello asiste todos los días que puede al grupo e incorpora la abstinencia en su manera de comer, lo cual le permite controlar su alimentación y perder peso corporal.

Identifica el alimento que lo compulsaba: los quesos y la crema, porque le provocan nostalgia de la infancia, aunque nosotros no identificamos que estos alimentos tengan esta reacción, más bien él siempre estuvo acostumbrado a comer de manera abundante. Refiere que su situación emocional resultado de la problemática familiar, su padre alcohólico, la violencia vivida en la infancia y los abusos sexuales, permitió que las canalizara en la comida y no en el alcohol, de hecho nunca ha bebido ni una gota de alcohol porque lo repudia desde pequeño, aunque su hermano menor si es afecto a la bebida.

“...a mí me gusta mucho el queso ¿por qué? Porque vengo de una familia donde tienen o tenían animales vacas y hacían queso, entonces hubo una temporada en mi vida en donde yo vivía alejado de mi abuela, pero cuando yo iba a ver a mi abuela o cuando mi abuela me mandaba ese queso ahí es cuando empiezo yo a establecer un vínculo emocional con ese alimento ¿sí?, entonces llego yo a casa de mi abuela y me dice: “a ver mi hijo mira lo que te hice, tu queso comete un taquito o una tortita o frijoles con queso” y me comía el taquito, la tortita y los frijoles con queso y después era la cecina y después era salsa...”

Pedro logra establecer la abstinencia, es decir que no consume alimentos entre comidas, lo que le ayudó a tener mayor orden en su alimentación. También excluye algunos alimentos de su dieta, por ejemplo; la tortilla, el pan y el refresco porque consideraba le engordaban, además de los que en teoría le provocan el *descontrol alimentario*, el queso y la crema.

Logró perder peso corporal de manera contundente al año de su estancia en el grupo, consiguió pesar 80 kilos, peso que registraba a los ocho años de edad. Se asume como enfermo crónico en relación a su manera de comer. Pedro tiene interiorizada la noción de dependencia que transmite el discurso grupal para controlar la enfermedad, por consiguiente lleva casi 14 años como miembro en la asociación, su discurso es el del grupo, está totalmente convencido de éste y no piensa dejarlo.

La terapia le resultó efectiva, logró controlar su peso corporal por medio de la abstinencia, el trabajo emocional en la tribuna y el apadrinamiento. Su relación con sus padres fue mejorando hasta considerarla muy buena a pesar de la problemática vivida en la infancia. Actualmente él es el proveedor económico ante la enfermedad del padre y sostén de la mamá. Ha logrado comprenderlos y perdonarlos, pero continúa teniendo problemas para establecer una relación de pareja formal.

Estrictamente podemos decir que Pedro logró perder peso corporal dado el apego a la abstinencia que maneja de manera muy particular, sin embargo no está resuelta aún su problemática emocional en torno a las relaciones de pareja. Así que aunque para Pedro funcione la propuesta que ofrece el grupo, que consiste en una terapia integral donde se maneja la enfermedad como trifásica y forzosamente tiene que resolverse la situación emocional para que se vean los efectos en la parte física, nosotros identificamos que él logró solucionar su problema de “gordura” a pesar de no haber resuelto su situación emocional sobre su sexualidad.

Variaciones internas por caso

En el caso de Gladis, que es la que menos tiempo tiene en el grupo de comedores, empezó su problemática alimentaria por el anhelo de perder peso corporal como una estrategia para mantener una relación amorosa, aunque desde pequeña tuvo problemas de sobrepeso. La implementación del régimen dietético mediante la prescripción de un tratamiento nutricional se corresponde a un “sentimiento de falta de control” fundamentalmente cuando no puede apegarse al plan de alimentos y por consiguiente su consumo de alimentos es abundante dando como resultado un incremento de peso. Gladis a diferencia de los demás integrantes logra una pérdida considerable de peso bajo este tratamiento. Al concluirlo o dejarlo regresa a comer como acostumbraba, de hecho añoraba durante el tratamiento consumir algunos alimentos que eran de su preferencia y gusto. El grupo se presenta como una opción para el control de su peso corporal, no obstante tiene algunas reservas con la dinámica de éste, no está totalmente convencida porque no consigue controlar su peso ni sus ansias de comer, más bien nota que está incrementando de peso. Finalmente deja el grupo, no le funcionó y sigue luchando por controlar su manera de comer mediante el tratamiento nutricional.

Nadia tuvo problemas de sobrepeso desde la infancia, su situación familiar y económica le afecta emocionalmente. Es la más joven de los miembros de éste grupo y tiene las nociones sobre la delgadez mucho más interiorizadas que en los otros informantes. Se interesa por los temas relacionados con la comida, anhela ser delgada aunque tenga su salud se vea comprometida, es la única que hace referencia al gusto por la delgadez extrema. Llega al grupo a los 16 años y por su edad no se identifica con la dinámica grupal, no obstante años después y dadas sus circunstancias emocionales después de concluir sus estudios de preparatoria sube considerablemente de peso, el grupo se presenta como una opción para conseguir perder peso corporal de manera gratuita. El grupo representa por un lado un escape a sus problemas familiares y por otro un lugar donde pueden ayudarle a controlar su manera de comer y por ende su peso. Lo consigue después de dos años de permanencia aunque también incorporaba a la par un tratamiento nutricional que también favoreció su pérdida de peso. A pesar de que logra su propósito refiere constantemente ser afectada por los problemas familiares, emocionalmente se siente inestable, lo cual coincide con el tratamiento que ofrece el grupo. La problemática familiar, así como falta de tiempo para asistir dado que empieza a ocuparse en otras actividades la orillan a dejar el grupo. Finalmente tiene la convicción que su situación es emocional por lo que se adhiere a un grupo de neuróticos anónimos, deja de lado la obsesión por la comida, recupera el peso perdido y se enfoca a trabajar sus dificultades psicológicas.

Martha, es gordita desde la infancia, tiene problemas psicológicos debido a su situación familiar. Tiene conflictos con la madre, quien la hostiga y controla restringiéndole los alimentos, además de que siente un rechazo de parte de ella. Su malestar empieza desde la adolescencia y éste se relaciona con su peso corporal que esta excedido. Logra controlarlo con el uso de medicamentos y actividad física, sin embargo, después de su matrimonio y de procrear dos hijos no logra controlar su peso corporal. Se divorcia por una mala relación con el esposo y asume que se debe a su imagen corporal descuidada y a su gordura. Lucha de diversas formas para controlar su peso a través de la comida y no lo consigue, abiertamente refiere un gusto por la comida que favorece el incremento de peso. La comida tiene un vínculo emocional fuerte concerniente con la relación de conflicto que siempre ha tenido con la mamá.

Llega al grupo y se identifica en parte con el trabajo terapéutico que éste ofrece en relación con la parte emocional. Sin embargo hay cosas que no le gustan, como el apadrinamiento, el hecho de que tenga que controlar y restringir sus alimentos. Finalmente termina abandonando el grupo.

Romina, su problemática alimentaria inicia en la edad adulta, aunque ella asocia su malestar desde la infancia. Al igual que Martha refiere un conflicto con la mamá y éste se da por “competencia o celos” entre los dos por el cariño del padre. Romina utiliza la comida como un medio para llamar la atención. La mayor parte de su vida la restringió, cuando no tiene conflictos de pareja y se siente emocionalmente bien, se da un incremento de peso. Llega al grupo y éste resulta eficaz para ella, debido a que se identifica con el discurso grupal en términos de la relación que éste establece con las emociones y la manera de comer. La estancia prolongada en el grupo obedece a dos cosas, primero fue un medio por el cual controló su exceso de peso posteriormente el grupo es un espacio donde consigue socializar y entablar amistad, finalmente consigue ser una figura emblemática dentro de la asociación por tanto su permanencia continúa a pesar de que ya no exista un trabajo tan intenso para controlar su manera de comer.

Pedro, tiene problemas emocionales dados en parte por ser gordito desde pequeño, además de la situación de alcoholismo del padre que era mucho más problemática que en la de las otras informantes, además experimentó violencia intrafamiliar, también fue violentado sexualmente en la infancia y adolescencia. Llega al grupo relativamente joven y después de un fracaso sentimental por consejo de una persona que conoce los grupos de autoayuda. Se adhiere al tratamiento que ofrece el grupo con el cual se identifica. Logra controlar su peso corporal, en teoría gracias a las herramientas del grupo, aunque la problemática emocional siga latente debido a sus abusos sexuales sufridos en la infancia. El grupo es una parte importante para él porque si bien logró controlar su manera de comer no su problemática emocional, aunque él considera que sí. Continúa en el grupo porque desde su perspectiva este continúa funcionándole.

Identificamos que cuatro de los informantes refieren una situación de alcoholismo en sus progenitores. Sin embargo, observamos que en el caso de Pedro ésta es muy evidente y

afectó de manera fundamental su vida emocional. Los casos de Gladis, Romina y Martha refieren una problemática similar, no obstante la situación era mucho más controlada. No encontramos que la manera de beber de sus familiares las afectará emocionalmente. En el caso de Gladis la situación era controlada por el papá, si bien éste bebía alcohol de manera frecuente no afectaba su carácter al grado de impactar en la dinámica familiar, aunque finalmente enfermó y murió por el abuso del alcohol. En el caso de Romina habla de un supuesto problema de alcohol pero nosotros identificamos que la situación más bien provenía de la mala relación entre sus padres, si bien éste bebía alcohol era socialmente aceptado. En el caso de Martha su padrastro había controlado el problema y estaba rehabilitado, no hay vivencias que sobresalgan al respecto. Así, Pedro, Gladis y Martha tenían antecedentes de la dinámica de los grupos anónimos y la llegada al grupo de comedores fue mediante esta vía.

De los cinco informantes solo una, Romina, no fue “gordita” desde pequeña, Pedro, Martha, Nadia y Gladis la padecieron desde la infancia, no obstante ésta se manifestó y les afectó de manera diferencial. En Pedro, Martha y Nadia la problemática se expresa desde edades muy tempranas, infancia y adolescencia, por tanto tratan de modificarla constantemente. En el caso de Gladis ésta se evidenció como problemática en la edad adulta. Aunque todos fueron muy gorditos desde bebés.

Martha es la que más tiempo tiene “luchando con su obesidad” y llega al grupo tratando de hacer un último intento que más que perder peso es aceptarse gorda. Pedro no tiene un gran recorrido en la búsqueda de opciones para perder peso, encuentra relativamente joven el grupo y se adhiere a él porque se identifica con la terapéutica que éste ofrece y además le funciona en términos de controlar su peso corporal y su manera de comer.

En el caso de Nadia también llega a muy temprana edad al grupo, su búsqueda para perder peso corporal no es tan extenuante como en el caso de Martha, además de que no utiliza otras opciones debido a su situación económica, el grupo le ayuda a despejarse de su problemática familiar y a la vez consigue perder peso corporal pero termina asumiendo que su problemática emocional es mucho mayor se adhiere a un grupo de neuróticos y deja de lado su malestar corporal y alimentario, aunque éste le moleste y le genere conflicto.

En el caso de Gladis tampoco tiene una búsqueda exhaustiva para perder peso corporal porque esta se evidencia recientemente en su edad adulta, generada por una inconformidad de su imagen corporal y su obesidad resultado de una ruptura de pareja. Recurre a la terapia nutricional donde logra una pérdida significativa de peso, no obstante al éxito del tratamiento, éste deja de funcionarle porque no consigue apegarse fielmente a él. Asiste al grupo porque se identifica con el manejo emocional que propone éste para controlar la comida. Sin embargo no ve resultados y termina abandonándolo.

En el caso de Romina encontramos que su búsqueda por controlar su manera de comer es mucho menor, dado que su incremento de peso empieza a incomodarle en edad adulta avanzada. Ella no padeció de gordura hasta éste periodo. La molestia de su imagen corporal se fundamenta en las consecuencias que ésta puede traer a su salud. Si bien ella refiere un problema desde la infancia donde restringía sus alimentos como una forma de externar sus malestares emocionales, encontramos que su búsqueda para manejar su manera de comer es muy corta, se adhiere a la primera opción que encuentra en el grupo que le ayudará ante un incremento excesivo de peso, es decir su manera de comer restringida no la veía problemática y se hace evidente al no buscar opciones para contrarrestarla.

Conclusiones parciales por grupo

Encontramos que una similitud en este grupo es que todos ellos fueron “gorditos” desde la infancia, a excepción de un informante. Esta condición los llevó a un sentirse estigmatizados en mayor o menor medida, este sentimiento se asocia a la cantidad de kilos que se hayan tenido y el tiempo con ellos, lo cual provocó inseguridad e inconformidad con su imagen corporal asociada al hecho de ser gordos, lo cual es visto como un impedimento para ser aceptados, además se convierte en un obstáculo para realizar proyectos de vida.

Otra similitud que encontramos en estos informantes es que todos ellos buscan modificar su condición de “gorditos” utilizando diversos recursos, fundamentalmente mediante la restricción en su alimentación, que se da ya sea utilizando un régimen dietético, realizando ayuno autoimpuesto, evitando consumir algún alimento particular, tomando pastillas para inhibir el apetito. Solo uno de los informantes logra modificar sustancialmente su manera de comer

mediante la restricción, los demás consiguen implementarla por algún periodo de tiempo para finalmente regresar a comer lo que acostumbran.

Por otro lado, identificamos diferencias en la adopción del tratamiento utilizado, éste depende de la efectividad para perder peso corporal. Los que se quedan en el grupo lo hacen porque la terapéutica que éste ofrece les funcionó, lograron controlar su manera de comer y por ende su peso corporal. Las que no consiguieron perder peso corporal terminaron por abandonar la terapia grupal. En aquéllas que sí funcionó la terapia nutricional, tratan de regresar constantemente a ésta, aunque no con mucho éxito. Esta circunstancia las confronta constantemente y algunas deciden definitivamente anulan cualquier opción que tenga que ver con el control de peso fundamentado en el régimen alimentario

A su vez, también encontramos similitudes en relación con la identificación del tratamiento empleado, sea grupo o terapia nutricional, ésta tiene que ver con dos circunstancias concretas, una de ellas es que la búsqueda y adopción se dan en determinada situación emotivamente fuerte que accede se tomó una decisión rotunda permitiendo se concrete la búsqueda y se adhiera de manera contundente al tratamiento. Las situaciones de vida que afectaron fuertemente y fortalecieron la decisión de búsqueda y adopción fueron en términos de salud y la ruptura de pareja. Identificamos que la decisión de adhesión al tratamiento para perder peso corporal no corresponde con una búsqueda prolongada de éstos. Más bien el detonante es lo suficientemente fuerte para que se concrete tanto la búsqueda como la adopción.

Otra concordancia que encontramos tiene que ver con la identificación por la terapia grupal que focaliza en la cuestión emocional. Solo dos de ellos realmente consiguen no solo la identificación de éste aspecto sino también trabajarlo, lo cual les permite controlar su peso corporal. Así el trabajo emocional favoreció la pérdida de peso lo cual se corresponde con la terapia grupal. Las demás aún con su situación emocional y una aparente identificación del discurso grupal en este aspecto, no consiguen resolver ninguna de las dos problemáticas, ni la alimentaria ni la emocional.

Encontramos que todos ellos refieren problemas emocionales y psicológicos dados por las situaciones familiares, aunque identificamos que un caso donde se evidencia daño en términos psicológicos, las demás muestran una situación emocional que si bien las afecta en menor o mayor medida, pero no de manera contundente. Independientemente de la intensidad de la problemática familiar y el daño psicológico que pudiesen tener, identificamos que se da una correspondencia con la manera de comer por la influencia del discurso grupal en términos de la terapéutica que propone la relación estrecha entre la alimentación y las emociones particularmente negativas. Así que independientemente de su situación emocional, todos los informantes tenían “estilos de vida” que propiciaban la gordura. Sus hábitos alimentarios no se cuestionan, existe un gusto y costumbre por determinados alimentos, así la abundancia de comida, el gusto y preferencia por alimentos altamente calóricos así como la cantidad consumida es una constante en todos ellos.

Su manera de comer se confronta con las consecuencias de ésta en su imagen corporal, todos ellos buscan perder peso mediante el control alimentario, utilizando como recurso de atención el tratamiento nutricional o la asistencia al grupo de comedores, así como también de manera particular consumiendo pastillas o medicamentos para inhibir el apetito o “quemar grasa”, restringiendo sus alimentos a través de ayuno autoimpuesto, dejando de realizar un tiempo de comida fuerte y en menor medida realizando actividad física. El malestar alimentario se instala al tratar de modificar su peso corporal mediante la dieta, entonces se confronta ésta con su forma habitual de alimentarse, cuando no se consigue controlar, disminuir o modificar la alimentación se genera angustia, frustración, enojo, porque además tampoco se logra conseguir el peso deseado. En suma el anhelo por la delgadez accede al malestar alimentario.

En cuanto a los criterios establecidos por el DSM-IV para diagnosticar el “trastorno por atracón”, en cuanto al sentimiento de falta de control encontramos se da como resultado de querer modificar su dieta, fundamentalmente cuando se trata de restringir la cantidad o tipo de alimento que se acostumbra. No identificamos que ninguno de ellos experimentara un atracón tal como lo señala el criterio de diagnóstico del DSM-IV. Más bien identificamos que todos ellos están acostumbrados a comer de forma abundante de manera habitual, por lo que no encontraríamos parámetros para establecer la diferencia entre su forma cotidiana de

alimentarse y/o sobrealimentarse en un periodo corto de tiempo, otro criterio que maneja el DSM-IV. Encontramos que una de las estrategias utilizadas para controlar la cantidad de alimento consistía en realizar sólo una comida al día y por supuesto que está era abundante dada la restricción, pero no correspondería a un atracón. La angustia y el miedo a engordar es consecuencia de querer apegarse a un régimen dietético y a la vez añorar comer otro tipo de alimentos. Dejar de llevar la dieta provoca miedo a engordar porque evidentemente al incrementar la ingesta calórica hay un aumento de peso.

CAPÍTULO IV

“LO IMPORTANTE ES EL PLAN DE ALIMENTOS”

INTEGRANTES DEL GRUPO DE TRAGONES ANÓNIMOS

En este capítulo exponemos relatos biográficos de las situaciones de vida de tres integrantes del grupo de Tragones Anónimos (TA), mediante lo cual accederemos a identificar la configuración del malestar alimentario. Trabajaremos mediante tres ejes temáticos que nos permitirán conocerlas, mostrar su experiencia del malestar alimentario, así como las formas que han utilizado para resolver su problemática y finalmente evaluar los resultados obtenidos en cada estrategia para enfrentar el conflicto alimentario.

Antes de entrar de lleno a conocer a los informantes, describimos las características principales del grupo de TA al que pertenecen, así como la dinámica y los elementos fundamentales en que se basan su terapéutica, lo que nos permitirá identificar las pautas que confluyen o no en interpretar la conducta alimentaria en términos de conflicto o malestar.

El grupo de Tragones Anónimos basa su terapéutica en los Doce Pasos que trabajan los grupos de AA. En el caso particular del grupo de TA sustituyen la situación del alcohol por la comida al igual que el grupo de CCA pero enfatizan el trabajo terapéutico de manera diferencial a éste.

Identificamos que la diferencia principal de TA en comparación con CCA se debe a la incorporación de una herramienta fundamental que consiste en el control dietético basado en un plan de alimentos diseñado como instrumento imprescindible para controlar su peso corporal y su manera de comer. Este plan de alimentos fue establecido por una nutrióloga, considerada la fundadora de los grupos de TA que surgieron en el norte del país.

Si bien se incorporan algunos de los elementos utilizados en los grupos anónimos, como es el uso de la tribuna que permite la catarsis, donde los integrantes hablan de sus situaciones de vida que vinculan con la problemática, en TA, éste es un espacio donde pueden “regalar y trabajar las emociones” las cuales les impiden controlar su “tragonismo”. No obstante, apegarse al plan alimentario es una de sus más fuertes estrategias, el cual se debe ejecutar al pie de la letra, además utilizan la báscula y registran su peso corporal semanalmente. Es mediante el registro de peso que se corrobora el apego al plan de alimentos.

El objetivo principal de TA es llevar cabalmente el plan alimentario, por tanto cuentan con diversas herramientas que les permiten facilitar la adopción de dicho plan, como una guía

mensual de desayunos, comidas y cenas que incluye detalladamente los alimentos permitidos y diversas formas de preparación sugeridas para controlar la cantidad de calorías que deben consumir, además de que facilita el apego al plan mediante la preparación y uso de alimentos que se tiene costumbre consumir, por ejemplo preparar el pozole de una forma diferente a la tradicional quitando el grano de maíz y añadiendo repollo o incorporar verduras en cada tiempo de comida. En los grupos de más antigüedad incluyen en sus establecimientos un lugar para cocinar, también parte de los servicios que deben realizarse dentro del grupo se instituye uno que tiene como tarea realizar talleres de cocina para aquellos miembros que no saben hacerlo, en el taller se les enseña a preparar los alimentos que están incluidos en el plan. La mayoría de los grupos más antiguos tienen un anexo, donde la persona que siente que no puede llevar a cabo su plan de alimentos en casa, puede anexarse en el grupo hasta que lo consiga, otro de los servicios consiste en preparar los alimentos para los que se anexen.

La dinámica del grupo gira alrededor de los talleres de cocina o cuando no hay cocina, las recomendaciones de cómo preparar los alimentos sugeridos en el plan, además del registro semanal del peso corporal, el cual se hace público y permite presionar o alentar a continuar con el plan, sobre todo cuando se empiezan a evidenciar los cambios favorables de pérdida de peso.

Identificamos que la catarsis dada en la tribuna también gira en torno a los problemas que encuentran los integrantes para llevar el plan de alimentos más que en establecer un vínculo emocional relacionado con la manera de comer como se hace en el grupo de CCA. Si bien surgen problemas emocionales o situaciones de vida que en ocasiones se adjudican a un descontrol alimentario, éste se hace en términos de apego al plan de alimentos. A su vez encontramos que el pesarse semanal y la verificación de la pérdida de peso corporal resultan en una mayor autoestima y se conforman emociones normalmente positivas, por tanto escuchamos discursos en la tribuna en ese tono, a diferencia del CCA donde identificamos que se incita a encontrar vínculos emocionales y particularmente negativos asociados a la manera de comer.

El primer grupo de TA surgió hace 23 años en la ciudad de Torreón por iniciativa de una

nutrióloga que tenía acercamiento directo a los grupos de AA. La fundadora del grupo en Cuernavaca proviene de uno de los grupos de ésta región, donde había participado ya por más de diez años. Por situaciones personales cambia su residencia de Torreón a Cuernavaca y decide abrir un grupo de TA. Cuando la contacté como informante aún no se establecía el grupo, después de un año empezó a conformarse con dos integrantes. Cuentan con un espacio prestado para reunirse, no tienen cocina, pero cuentan con la báscula y la tribuna, que fueron donados por el grupo de Torreón, éste continúa siendo una pieza fundamental para dos de las integrantes, los nexos, la comunicación y el apoyo a larga distancia es una constante.

En este grupo presentamos a Gardenia, María y Yaris. El caso de María, participaba como miembro activo en el grupo de CCA y se incorpora al grupo de TA sin dejar de asistir al primero pero de manera menos frecuente hasta que decide quedarse en el de TA. A continuación hacemos una exposición biográfica de ellas y de su problemática alimentaria.

Gardenia

Es una mujer de 43 años, su rostro se enmarca por su corte de cabello, lo usa corto, un estilo moderno con fleco, pintado de un tono negro intenso que contrasta con su piel. Se esmera en su arreglo personal, se maquilla los ojos, las cejas, usa rubor para las mejillas y delinea el contorno de sus labios con un lápiz que contrasta con el color del labial, lo cual ayuda a resaltar y marcar sus facciones.

Es de complejión mediana que a simple vista denota una mujer relativamente delgada, mide 1.55 centímetros de estatura y actualmente está pesando 60 kilos. Le gusta vestir formal pero moderna, usa pantalones de vestir, blusas con diseño y cortes joviales, faldas relativamente ajustadas debajo de la rodilla, zapatilla o sandalia con tacón, usa joyería como aretes, pulseras y collares, accesorios que no faltan y que hace combinar con su vestimenta. Los lentes de sol son otro agregado que siempre trae consigo, cuando no se cubre los ojos los utiliza como diadema ayudando a detener el cabello.

Su carácter es jovial, su voz amable y manifiesta un acento particular de su estado de origen, Torreón, Coahuila, característica de la forma de expresión de esa zona del país. Es casada y

tiene tres hijos mayores de edad. El mayor es casado y vive en Chihuahua, los otros dos son solteros y estudiantes, uno está cursando la carrera de medicina y el otro está por finalizar la preparatoria. Su esposo es contador y ha trabajado por los últimos 10 años en la Comisión Federal de Electricidad en la ciudad de Cuernavaca.

Realizó estudios de trabajo social, pero no concluyó por falta de ingresos, además de que se casó. Es hija de madre soltera y tiene cuatro hermanos menores. Reconoce que su padre nunca les hizo falta y no tiene ningún problema a este respecto. La relación con su mamá, que aún vive, y sus hermanos es buena, se visitan con frecuencia y apoyan en todos sentidos.

Ha vivido en diferentes estados de la República a causa del trabajo de su esposo. Radicó un par de años en Mexicali, residió un año en Chihuahua, otro tiempo en San Luis Potosí y en Monterrey. Cuando su esposo encontró trabajo en Cuernavaca, decidieron que ella y los hijos se quedarían en Torreón porque éstos estaban en la escuela y el trabajo del esposo no era seguro. Finalmente cuando el segundo hijo terminó la preparatoria, éste decidió aplicar en dos programas académicos para realizar sus estudios universitarios, en ambos fue aceptado pero mostró interés en realizar sus estudios en Cuernavaca, además de ser un buen pretexto para estar con su padre, es así como deciden hacer el cambio de residencia y finalmente estar juntos en familia.

El cambio no le sentó bien, aunque los hijos se encontraban contentos y el esposo también porque finalmente estaban todos juntos, Gardenia extrañaba su vida en Torreón, la cual giraba en torno a las amistades conocidas en el grupo de TA en esa ciudad. Tuvo trabajos de manera eventual, particularmente cuando el esposo se quedaba sin empleo, no obstante en los últimos años estaba de tiempo completo enfocada al trabajo en el hogar, esto le permitía organizarse para asistir asiduamente al grupo y a las actividades que éste organizaba. Además de que tenía cierta libertad y disponía de tiempo suficiente para ella ya que el esposo no vivía con ellos.

Al instalarse en Cuernavaca y dejar sus actividades, fundamentalmente las que giraban alrededor del grupo, se deprimió, no quería salir, no le gustaba la ciudad y sintió que comenzaba a subir de peso. El esposo trató de ayudarla; buscó y encontró el grupo de CCA y

la llevó, pero a Gardenia no le gustó la dinámica, este grupo era muy diferente al de Torreón, sólo asistió dos veces y decidió no involucrarse en éste.

Su depresión continuó, empezó a enfermarse del estómago, de gripa, de dolor en las articulaciones y en una de sus visitas médicas le diagnosticaron depresión y le prescribieron tratamiento médico, el cual consistió en suministro de un antidepresivo, empezó a sentirse más animada, ya no dormía en el día e iniciaba a buscar actividades para ella, terminó su tratamiento a los seis meses que el médico consideró se había recuperado.

Empezó a buscar incorporarse en algunas actividades, encontró un grupo de baile donde se practicaba la Zumba, asistía dos veces por semana, también se agregó a un grupo de la iglesia, donde estudiaba la biblia y asistía tres veces a la semana. Esto le permitió comenzar a conocer otras personas con las que emprendió la construcción de amistad.

Por otro lado continuaba comunicándose vía telefónica de manera constante con su madrina de TA, quien la animó a abrir un grupo en Cuernavaca, además una compañera del grupo en Torreón la contactó con su hermana llamada Yaris, que tenía varios años viviendo también en Cuernavaca y también estaba interesada en ayudar a abrir el grupo. A su vez, en sus dos visitas al CCA y una par de reuniones que organizó Romina en su casa conoció a María con quien se identificó y empezaron a frecuentarse con ánimos de concretar la apertura del grupo junto con Yaris. De esta manera Gardenia empezó a adaptarse a la ciudad, realizar actividades fuera de casa, frecuentar y entablar amistades.

Experiencia del malestar alimentario

Gardenia no refiere haber tenido problemas en su infancia, adolescencia y parte de su vida adulta con su manera de comer. Menciona que siempre fue delgada, la comida no era una situación que le preocupara. Las condiciones económicas no eran muy favorables y no había abundancia de alimentos en su casa pero éstos no faltaban, estaba acostumbrada a comer poquito, recuerda que cuando estaba haciendo sus estudios de trabajo social a veces solo realizaba una comida al día.

“como mi mamá trabajaba, antes de irnos a la escuela, nuestro pan con leche y yo nunca cenaba... después cuando estaba estudiando trabajo social, igual sólo hacía una comida al día, desayunaba cualquier cosa...”

“...aunque nunca fui gorda, incluso siempre fui muy delgada, incluso cuando me casé, estaba súper flaca y quién sabe que me pasó, a lo mejor por lo mismo no sé, ya la manera de estar comiendo, tal vez porque antes no había tanto pues ahora ya hay que comer así como que al principio yo digo...”

Cuando se casó, empezó a subir un poco de peso, pero esto no representa un problema. Después de su tercer embarazo aumentó muchos kilos que ya no consiguió perder. No obstante aún el sobrepeso y su manera de comer no representaban ningún conflicto. Se fue a vivir a Mexicali y fue ahí donde se dio un incremento mayor de peso, de hecho refiere que toda la familia engordó. Después de dos años regresaron a Torreón, ella traía ya un sobrepeso evidente, sin embargo no buscó perderlo ni le interesó modificar su manera de comer.

“...y ya empecé a engordar ya cuando tuve a mi segundo hijo y al tercero, todavía que me alivié del primero todavía quedé delgada, no engordé tanto, pero acá no me daba cuenta que estaba engordando, luego me veía en el espejo y no me veía gorda, ni me sentía gorda, solo cuando iba a las tiendas y empezaba a sufrir, no me quedaban las [tallas] más chicas, sino las más grandes, pero como que no le daba mucha importancia...”

Gardenia tiene una trayectoria sumamente corta con su malestar alimentario. Inicialmente no le interesó el peso ni su manera de comer, puesto que no le afectaban. Aún después de unos años de tener sobrepeso, ella no empleó ningún recurso para modificar estas condiciones debido a que no representaban un problema.

Ingresó al grupo de TA por invitación de una vecina cuando estaba en Torreón, sin embargo, después de unos meses, desertó, cambia de residencia a Mexicali y a su regreso, nuevamente la invitaron a TA, asistió y en ésta segunda incursión al grupo se quedó e interiorizó de manera contundente como “problemática” su manera de comer y peso corporal, éste comenzaba a convertirse en conflicto.

Quería hacer una dieta, había escuchado de la dieta de arroz, de la dieta de la luna pero nunca las puso en práctica, cuando llegó al grupo por primera vez, hizo la dieta, se apegó al plan de alimentos aunque no fielmente, pero logró perder peso corporal, sin embargo lo dejó, en parte porque su esposo encuentra en trabajo en Mexicali y se va a vivir allá, además el

grupo no le convencía, particularmente el uso de la tribuna porque no le agradaba hablar en público y con desconocidos de su vida personal.

En su segunda incursión al grupo, sí se apegó al plan de alimentos de manera contundente, modificó sustancialmente su manera de comer, lo cual repercutió en su peso y empezó a perderlo. Esto la motivó mucho, porque de ser talla 13 llegó a ser talla 7. De esta forma va evidenciado una pérdida de peso importante, lo cual la alentó para apegarse estrictamente al plan de alimentos, es así como éste empieza a convertirse en su meta principal.

“...y esto no me gusta y no me gusta y luego cuando empecé a bajar y luego que hasta de niña me empecé a poner talla 18 como es posible si, blusa así bonita y así todo eso me ayudaba...”

“...te digo, yo después de ser talla 13, es como 38 o hasta 40, usaba talla 7, no si no me reconocían...”

“si, tú me ves en las fotos, estas fotos, cuando mis hijos estaban chicos, mírame, estoy bien gorda, me veía bien vieja, ahora que las veo digo no, sí que estaba bien gorda...me veo más joven...”

Logra de manera contundente adherirse al plan alimentario y la dinámica del grupo empieza a ser una parte importante de su vida. Varias circunstancias favorecieron la modificación de la alimentación, por un lado, ella tenía tiempo suficiente para organizar su vida la cual giraba alrededor de la dinámica grupal, su esposo había migrado a Cuernavaca y los visitaba dos veces al mes, estaba prácticamente todos los días en el grupo, normalmente cocinaba en éste y se llevaba los alimentos preparados según el plan para alimentar a sus hijos. Obviamente el plan tiene los efectos esperados, porque finalmente hay un apego estricto a éste dado por las herramientas que ofrece el grupo.

“...luego los sábados nos pesaban y yo estaba ahí hasta la una porque como tenía que cobrar la séptima y luego... ya los domingos ... ahí nos damos cuenta de que los fines de semana son los días que más nos cuestan llevar el plan y nos íbamos a comer, almorzaba ahí, en mi casa estaba y luego me iba a la iglesia y ya les dejaba a mis hijos y ahí mismo comía, ya me iba a la casa les daba de comer y tenía todo preparado para hacerles y comían, pero yo ya había comido en el grupo y nomás era cenar en la casa y como que todo ese tiempo y luego cuando trabajaba también bajé mucho pues almorzaba o sea tenía muchas cosas que hacer y como que me ayudaba mucho la comida y luego como que había muchos compañeros que llevaban el plan, otro plan pero pues si se cuidaban mucho, pues te motivaban...”

Todos los cambios que surgen de su cambio de residencia a Cuernavaca provocan un incremento de peso, es cuando se hace mucho más evidente el malestar y conflicto alimentario, no puede apegarse al plan de manera estricta y fielmente como lo hacía cuando estaba en Torreón. Su depresión la lleva a desinteresarse en el plan, aunque tiene latente la idea de no dejarlo del todo.

Su molestia principal es que su ropa dejó de quedarle, llegó a vestir talla 5, compraba ropa de niña, actualmente ya no le queda, tiene que usar talla 7 o 9. Después de un año ya viviendo en Cuernavaca “recupera” 8 kilos, menciona que el peso más bajo que logró alcanzar fue de 52 kilos, antes de dejar Torreón pesaba 55 y actualmente pesa 60 kilos.

“...tengo coraje, porque, porque me estoy recuperando, compañeras, esta blusa, no me la quería poner, porque dije no me queda y me quedaba bien, eso no me gusta, ahora me siento mal, que la ropa no me queda que no puedo seguir el plan...”

Problemas asociados a su manera de comer

Menciona que nunca tuvo problemas con su peso corporal ni con su manera de comer. Fue hasta unos años después de su tercer y último embarazo que incrementó mucho de peso. Aún con esto, no resultaba un problema para ella.

Parecía que le resultaba fácil perder peso corporal, recuerda que la primera vez que llegó al grupo logró una pérdida de peso relativamente fácil, ella lo asociaba a que en esa época su esposo no tenía trabajo, consiguió un empleo en una zapatería y en un gimnasio, estaba muy ocupada, tenía que trabajar, además de sus actividades en el hogar. No se apegó fielmente al plan de alimentos, lo hacía como podía, aún con esto bajo como cinco kilos.

Su incremento de peso se debió a sus embarazos, además de los cambios de residencia que han tenido que implementar debido a los trabajos del esposo. Cuando vivieron en Mexicali, toda la familia subió de peso, comían mucho pescado y mucha grasa. Cuando viajaron a San Luis y Monterey también comían mucho. Menciona que casi no salían, pues no conocían a nadie y permanecían mucho tiempo en casa.

“...pues es que allá comíamos mucho, ahí de plano no me cuidaba nada, que vamos a los tacos, allá venden mucho los tacos de pescado y que carne y que no sé qué, y siento que todos mis hijos mi compa..., mis hijos estaban bien delgaditos y ahorita haz de cuenta que en Mexicali engordaron y regresamos a Torreón y enflacamos todos mis

hijos y yo, y ahora que regresamos volvemos a engordar y yo le digo a mi esposo que es él, ahí te compre churritos te compré esto...”

“...Pues lo que pasa es que como allá venden unas gorditas muy ricas, acá no las venden, están así como que al vapor y cada semana, nos íbamos que a comer las gorditas, hasta tres, cuatro y la coca nunca la dejaba, y en el desayuno, en la mañana, era frijoles, mi huevo en torta, mi pan con azúcar, con mi café, así todo exagerado, en la tarde las tortillas todas las que quisiera comer....”

Cuando regresaron a Torreón, el esposo no tenía trabajo y Gardenia tuvo que trabajar, estaba más activa físicamente, además implementó por primera vez un régimen dietético y la pérdida de peso se facilitó, pero nuevamente se presentó otro cambio de residencia y modificó su rutina, se volvió más sedentaria y como resultado aumentó de peso.

Por otro lado asocia que el esposo es el causante de su descontrol alimentario. Menciona que cuando se casó ella no estaba acostumbrada a cenar, normalmente realizaba una merienda muy sencilla, su esposo no, él estaba acostumbrado a cenar de manera abundante y ella eventualmente fue adaptándose a la manera de comer del esposo, por tanto se dio un incremento de peso corporal.

“...Pues empecé a engordar, porque has de cuenta que con mi esposo, ellos cenaban en la noche, y pues empecé a cenar, como él cenaba, que frijoles que acá, no pues, en la noche nunca cenaba, en la mañana como dices tú, mi pan y mi vaso de leche, y como siempre estuve trabajando y estudiando como que no pensaba tanto en la comida, por eso también nos dicen eso, acuérdate cuándo empezaste a engordar, y ya empecé a engordar ya cuando tuve a mi segundo hijo y al tercero...”

“...no sientes al compañero como un saboteador, comprar el pan, es que él quiere que tu participes con él quieres que seas su compañera de comida...yo digo que fue ahí donde empecé, me acuerdo todavía que sí, que comíamos y a las tres horas mi compañero tenía hambre y yo quería comer porque él quería, yo decía, pues, yo si ni hambre tengo, le digo es que yo desde que me casé empecé a engordar porque yo estaba pos flaquita, pues ya ahora, ya no...”

La dinámica familiar en Cuernavaca le hacen perder el control de la comida, está pérdida de control es causada, en parte, porque con su esposo tiene como costumbre las salidas a comer fuera de casa, además, éste llevaba alimentos al hogar que no estaban permitidos en el plan, lo que propiciaba la disponibilidad de otros alimentos y la “tentación” de consumirlos, originando una constante lucha entre la ruptura y el apego del régimen. Sus hijos y esposo no tenían reparo en consumir los alimentos que ella preparaba y que estaban dentro del plan, pero también se evidenciaba cierto cansancio por esto las opciones de comer fuera y el

consumo de otro tipo de alimentos se presentaban como una forma alterna de romper la monotonía alimentaria; hay que recordar que el plan de alimentos que practican en TA incluye los alimentos y formas de preparación que deben desayunar, comer y cenar los siete días de la semana, se maneja un menú cíclico mensual que proporciona una guía dietética que puede implementarse por periodos de seis meses o un año.

Las actividades que ha empezado a realizar tampoco favorecen el apego al plan de alimentos, sobre todo en las actividades que tiene en la iglesia, hay muchos convivios y festejos donde siempre se procura que haya alimentos particularmente densamente energéticos, pastel, refresco, tacos, tortas.

Podemos decir que el ambiente familiar, fundamentalmente por los hábitos del esposo y el entorno social donde se está desarrollando son los causantes de su conflicto alimentario, éste se evidencia por el anhelo de querer implementar un plan de alimentos sumamente estricto.

Formas de resolver la situación problemática

Como mencionamos, Gardenia no tiene una trayectoria larga al momento que la entrevisté sobre su malestar alimentario y tampoco encontramos una búsqueda exhaustiva para contrarrestar su conflicto. La intención de realizar alguna dieta nunca fue prioritaria, de hecho nunca lo llevó a la práctica, solo fue una idea que no se concretó. No obstante cuando empieza a asistir a TA en Torreón incorpora por primera vez un régimen dietético. Podemos decir que logró controlar su manera de comer y su peso corporal por el apego al régimen dietético implementado en el grupo de TA durante el lapso de 9 años de permanencia en éste.

Cuando cambia de residencia a Cuernavaca tuvo que dejar el grupo, sentía que perdía el control sobre su régimen dietético. Intentó incorporarse al CCA pero no lo consigue, pues la dinámica de éste es muy diferente a la de su grupo. Se desalentó fundamentalmente porque identificó que éstos no llevan un plan de alimentos, están peleados y prohíben el uso del régimen, no registran su peso corporal, además que la mayoría de los miembros de CCA tiene sobrepeso evidente. Decidió no incorporarse.

“...Sí, a mí también, a mí así me pasó, yo vi a dos gordos y dije yo me voy a subir al avión de ellos y al rato ¿no?, voy a estar engordando...”

“...yo bien enojada incluso cuando yo llegué aquí no tenía ganas de nada estaba siempre así que no quería salir me sentía enojada a todos les decía que era la única que no quería estar aquí y aunque estaba muy bonito Cuernavaca a mí no me gustaba, no quería, sentía la necesidad del grupo empecé a sentir así como que todo... empecé a subir de peso compañera y no me gustaba empecé a notar los efectos de carácter y todo eso y yo así desesperada verdad por encontrar un grupo pues tuve que ir a buscar un grupo de comedores así en la computadora y andaba busque y busque y encontré uno verdad y en ese grupo nunca me sentí a gusto verdad yo no sé hasta... porque tengo que necesidad, porque tengo esa necesidad de estar en el grupo...”

No dejó su apadrinamiento, el cual se dio vía telefónica o mediante el uso de herramientas de comunicación que ofrece el Internet, éste era su mayor aliciente. Además recurre con frecuencia a visitar su grupo en Torreón, cada vez que puede viaja y se queda en el anexo, tiene contacto frecuente con los miembros del grupo. Podemos decir que no ha logrado separarse del todo de éste. Su madrina la incitó a abrir un grupo, la contactó con una chica de Torreón que tiene varios años viviendo en Cuernavaca y la opción que encontró para resolver su conflicto alimentario una vez superada su depresión fue abrir su propio grupo de TA en Cuernavaca.

Inicialmente se reunía con María, una mujer que conoció en CCA y con Yaris, su paisana, empezaron a frecuentarse, primero salían por las tardes a tomar café o algunas ocasiones a desayunar y empezaron conformar la idea de abrir un grupo. Se pesaban en el baño de los restaurantes y se daban los consejos para implementar el plan de alimentos. Después encontraron un lugar donde no les cobraban renta y podían reunirse con más libertad. De esta manera Gardenia conformó su grupo de TA con tres miembros y continúa luchando por apegarse al plan de alimentos, aunque el grupo de origen sigue siendo fundamental para su control alimentario.

Otra estrategia que ha utilizado, además de querer apegarse al plan, es la incorporación de actividad física. Empezó a tomar dos veces por semana clases de un baile llamado Zumba, que tiene el objetivo de realizar un trabajo cardiovascular importante para gasto de energía. Además intentó caminar una hora por las mañanas en un centro deportivo cercano a su domicilio cuando no tenía las clases de baile, esta actividad la planteó su esposo para ayudarla a salir de la depresión.

En concreto ha tratado de continuar con su plan de alimentos, continuaba con su apadrinamiento y relación estrecha con el grupo en Torreón, además empezó a realizar actividad física para ayudar a disminuir peso corporal. La creación del grupo ha sido otro recurso que ha implementado para controlar su malestar alimentario.

Evaluación de los resultados obtenidos en cada estrategia

Las herramientas del grupo son fundamentales e imprescindibles, con ellas obtuvo resultados inesperados que le resultaron benéficos cuando se apegó fielmente al plan de alimentos. Podemos identificar que el grupo accede cabalmente a la exacerbación del régimen, ya que éste debe cumplirse de manera contundente y la mayor parte de la dinámica grupal gira en torno a evaluar el apego de éste.

Los resultados que obtuvo fueron fructíferos, porque no sólo empezó a perder peso corporal sino que sus circunstancias de vida le permitían disponer de tiempo para involucrarse en el grupo, además de que generó mediante la asistencia asidua a éste una red social importante, fundamentalmente porque se encontraba separada por el trabajo del esposo. Sus actividades sociales empezaron a surgir de las compañeras que asistían al grupo. Aún actualmente mantiene comunicación fluida con las integrantes de su grupo vía telefónica o por internet, su apadrinamiento a larga distancia, el apoyo moral y económico por parte de su grupo de origen continúa.

En el lapso de dos años de asistencia inicialmente al grupo, logró alcanzar su peso mínimo, consiguió llegar a los 50 kilos usando talla 5 o 7 de ropa. Antes de su llegada al grupo usaba talla 44 y pesaba cerca de 75 kilos. Si bien no se mantuvo en los 50 kilos logró estabilizarse en los 55 que se considera desde el punto de vista nutricional un registro aceptable de peso en relación a su estatura. Cuando llegó a Cuernavaca incrementó 5 kilos de peso, ella lo asoció a su depresión y a que no tenía las herramientas del grupo que le permitieran controlar su manera de comer. Desde esta perspectiva, se asume como enferma de *Tragonismo*, una denominación particular a diferencia de los CCA que se denominan comedores compulsivos.

Tiene un problema con la comida y no la puede controlar sino es por medio de las herramientas que el grupo proporciona. En este sentido vemos una interiorización contundente al asumir el problema alimentario como una enfermedad, que no se cura, solo se controla.

“...lo que pasa es que nosotros hemos pensado que el tragonismo no toda la gente lo tiene, pensamos eso, ¿verdad? Es como el alcohólico, no todo mundo es alcohólico...así nosotros creemos que no todo mundo es tragón, se puede detener porque yo me fijo en la gente delgada y así porque se toma la coca o un pedacito de algo y ya no está comiendo, a mí por eso me dicen “tú no te puedes comer una galleta que no es de tu plan”, porque tú no quieres esa, te vas a querer comer otra, unas papitas, no vas a querer una sola papita, tú no eres, tú vas a querer toda la bolsa y si es cierto porque ya yo me he fijado que cuando yo pruebo es cuando yo me empiezo a descoyuntar, cuando no es la hora de comer, por eso entonces yo tengo que tener, tengo mi horario de alimentos porque si yo, esté a tal hora, si a las 12 yo me empiezo a andar probando yo ya me empiezo a descoyuntar, descoyuntar es que ya no me detengo ya quiero estar comiendo y yo ya a veces hubo, un tiempo que ya no, que hasta las 12 estaba comiendo porque ya sabía que ya me estaba compulsando o sea y si tengo esa necesidad me decía mi madrina tengo que venir al grupo, a la hora que tu sientas esa compulsión vente al grupo...”

Este caso que no se apegan a la abstinencia, más bien maneja el apego al plan de alimentos. Se incorpora la tribuna como espacio para regalar las emociones, sin embargo estas giran en relación a incorporar y modificar sus hábitos alimentarios, si bien hacen referencia a sus cuestiones de vida éstas se dan en función del plan de alimentos que deben seguir. Mencionaba que ella no podía seguir su plan de alimentos porque los cambios en su vida no le permitirán conseguirlo, el cambio de residencia, la convivencia cotidiana con el esposo, entre otras.

Identifica el alimento que “le mueve” sin embargo éste no es asociado con algún sentimiento negativo ni positivo. Usualmente no se prohíbe consumirlo si no más bien se restringe. En su caso el pan dulce es el que en teoría le provoca la compulsión, sin embargo, dentro del plan de alimentos tiene permitido comer una porción pequeña de pan, incluye el pan francés en su dieta. Encontramos, por ejemplo, que consumen refresco light, pueden comer tortillas pero contabilizan la porción. Así que más que abstenerse de algún alimento particular restringen la cantidad.

“...pues no sé, nunca lo he pensado, como que lo dulce me mueve mucho, como que yo la otra vez estaba viendo, y yo digo, como de niña mi almuerzo y mi cena eran leche

y pan a lo mejor, eso es pienso yo, porque a mí el pan es lo que me gusta el pan y la leche, pero digo que necesidad mejor me como mis verduras, me como mi porción de lo que me toca y pues igual, este, el bizque yo si uso el bizque, porque si me gusta mucho el pan de dulce, ya la concha no la como porque yo sé que eso no me pues no, no, aunque a veces manejo solo una porción en lugar del bísquet...”

No obstante a que ha llevado el plan alimentario por nueva años, siente la “necesidad” del grupo, considera que la falta de las herramientas grupales son las causantes de su incremento de peso, su descontrolar, su ansiedad y molestia, tanto del control alimentario como de su imagen corporal.

El baile funcionó casi un año, después lo dejó puesto que no logró incorporar la actividad física como un elemento que coadyuvara a perder peso corporal. Dejó de salir por las mañanas a caminar refiriendo el frío, la lluvia, el sueño o cansancio. Encontramos que focaliza su problemática en el régimen dietético, porque en éste fue donde encontró resultados.

Continúo empeñada en el plan de alimentos, su esposo se ha ido adecuando al régimen dietético que ella sigue, deja de comprar cosas que no están en su plan de alimentos, busca lugares donde Gardenia no tenga que romper su plan, además de alentarla y apoyarla en la apertura y necesidades del grupo.

“...el chiste es de no andar probando porque ya de ahí se empieza uno a descoyuntar, descoyuntar es que tienes que estar siguiendo comiendo y nosotros, ese es nuestro credo: no andar probando nada” o sea almuerzas comes y cenas pero lo del plan...”

“...pues ahorita tenia ahí repollo, bueno ya tengo la verdura: repollo, tomate y cebolla y la pesé, el peso 60 gramos y luego un paquetito de las galletas y naranja eso es lo que almorcé y en la tarde pues voy a hace una ensalada pero como ya maneje las galletas las guardo para en la noche son paquetitos que ya viene así 22, 21 gramos ya pesado

“...ayer les hice a mis hijos y a todos les gusta el pozole verde que es el de pollo y no, luego, luego como yo no puedo manejar los granos, pica mucho repollo, lo lavo...- pero, entonces, ¿no comes el pozole?- ...si, el pozole lo hago el verde nada más le pongo el repollo en lugar del grano...”

“...yo les decía, mira si en la mañana, si vamos a manejar o sea por decir los tamales, allá los hacen pero les ponen rajas, en vez de rajas nosotros les ponemos espinacas...como cocina vegetariana si se puede decir...”

“...Bueno, si me funciona el día en que me toca, porque ya me acostumbré o no sé, qué tenga que hacer... ahora digo, voy a manejar avena todas las mañanas y es cuando más subo, y a lo mejor tengo más hambre...”

“...Cuando vamos, o sea salimos, yo le digo a mi esposo, tu comete la mitad y yo la mitad o vamos aquel lugar porque ahí hacen verduras...”

Gardenia se desalentaba porque solo eran tres personas con ella, María desistió y Yaris solo tenía tiempo los sábados, por lo que no le estaba funcionando del todo el grupo. No obstante continúa con su apadrinamiento y cercanía con sus compañeras. Su grupo en Torreón ha venido en más de dos ocasiones a apoyarla, difundiendo en la radio e invitando por medio de volanteo para incorporar nuevos miembros, le donaron la báscula y la tribuna, además de material de lectura. La conexión que tiene éste grupo continúa siendo fundamental pues el grupo en Cuernavaca parece funcionar como una extensión del primero, por tanto, sigue apostando al grupo para controlar su malestar alimentario, independientemente de los problemas que ha tenido para conformarlo en Cuernavaca.

María

María es una mujer de 48 años de edad, de estatura alta, mide 1.69 metros, es de compleción mediana, no se visualiza sobrepeso en su apariencia. Tiene el cabello largo, color castaño oscuro, relativamente rizado y usualmente lo trae recogido en una coleta, usa fleco lo cual hace que disminuya visualmente la dimensión de su cara. De forma muy sutil casi imperceptible se observa una cicatriz a lo largo del labio superior y la nariz debido a varias cirugías que reconstruyeron un problema de labio leporino que afecta un poco la delineación de su nariz. Usa un maquillaje muy sencillo, no le gusta llamar la atención, solo se enriza las pestañas y delinea con tonos muy leves el contorno de los ojos.

Su vestimenta es muy casual, usa jeans o pantalones de vestir con blusas relativamente holgadas. No le gusta vestir camisetas de ningún tipo, menos ajustadas, ni traerlas por fuera, considera que sí las usa de esta forma da una apariencia de “fodonguez”. Los vestidos y faldas los viste para eventos especiales, alguna fiesta o aniversario familiar. Refiere que le gusta pasar desapercibida, por esto no usa colores estrafalarios o llamativos. Generalmente utiliza accesorios muy sencillos, aretes, pulseras, cadenas, anillos pequeños y simples, aunque toda su joyería es de oro o plata.

Ella es originaria de Taxco Guerrero y lleva varios años viviendo en Cuernavaca, estudió la carrera de Técnica Laboratorista Industrial en la Universidad del Estado de Morelos. Trabajó

como manejadora de alimentos antes de casarse y ha resentido dedicarse de tiempo completo al hogar, puesto que añora trabajar.

Es la séptima de diez hermanos, una familia numerosa que presentó diversas dificultades económicas, su padre trabajaba como mesero y su mamá era ama de casa, no obstante el soporte de la familia paterna le permitió realizar sus estudios en Morelos. La relación con sus padres y hermanos era lejana, no había mucha comunicación. Su madre falleció hace ya varios años y aunque su papá aún vive, lo frecuenta poco.

Se casó hace 23 años, a su esposo lo conoce desde que estudiaban la preparatoria y se casaron cuando él concluyó su licenciatura en ingeniería civil, cuando María terminó su carrera profesional, empezó a trabajar y le ayudó a que éste a que concluyera sus estudios, además con sus ahorros compró un terreno donde posteriormente construyeron la casa donde actualmente viven. Su esposo encontró un trabajo estable en el gobierno lo cual les permite tener una posición relativamente holgada. Tiene dos hijos mayores de edad, un hombre que está por terminar la preparatoria y una mujer que ingresó a la escuela de medicina de la milicia.

De manera ocasional se dedica a vender joyería de plata con sus conocidos, pues tiene referencia de varios talleres en Taxco donde consigue precios especiales. Hace varios años también se dedicó a la venta de productos de panadería, empezó a hornear pan de forma casera, esta experiencia fue benéfica pues descubrió que le gustaba además que tenía buena mano hacer el pan, por lo que pensó que sería buena idea hornear en mayor cantidad para la venta al público, comenta que tuvo mucho éxito pero el trabajo era muy extenuante y lo dejó.

Se dedica por completo al hogar, aunque por las mañanas asiste a varios grupos con la finalidad de vender joyería de plata, además de buscar amigas para socializar. Una vez por semana acude a un centro deportivo donde realiza actividad física, pero sobretodo porque es la manera de encontrarse con unas amigas, también una vez por semana va al grupo de autoayuda.

La situación económica es estable dado el ingreso del esposo es suficiente para la manutención de la familia. Sin embargo, siente el deseo de trabajar no por necesidad sino por satisfacción y desarrollo personal. Actualmente esta aspiración se hace mucho más evidente, puesto que sus hijos ya son mayores de edad y su labor como ama de casa la encuentra no tan estimulante.

Experiencia de su malestar alimentario

Es en la adolescencia cuando empezó a tener una inconformidad con su imagen corporal, la sensación de que el uniforme no le quedaba y le apretaba le molestaba, se sentía gorda. En esta época el peso y la imagen corporal toman un sentido relevante para ella. Recuerda que tenía amigas que la invitaban a salir al Zócalo y le daba pena porque la poca ropa que tenía no le quedaba. Es cuando empieza a “ponerse a dieta”, deja de comer algunos alimentos como pan o tortilla con la idea que esta conducta le ayudará a contrarrestar el incremento de peso, es así como inicia limitándose a consumir éste tipo de alimentos para modificar su imagen corporal.

“...no me gusta sentirme muy llena, no me gusta comer o sentirme demasiado satisfecha porque a mí me gusta comer más o menos, o sea dentro de todo abarcar, lo que se debe de comer, pero no me gusta comer de más porque me siento incomoda, me siento como hinchada y no me gusta eso”

Comienza a cuidar su dieta desde la adolescencia, aunque al parecer nunca ha sido muy gorda, ella consideraba que sí y menciona una anécdota de una conocida que comentaba que actualmente se veía muy delgada, este comentario ayuda a María a reafirmar que efectivamente estaba gorda en su adolescencia. Posteriormente cuando ingresó a realizar sus estudios y los concluyó logró controlar su sobrepeso y se mantuvo estable dada sus actividades; iba a la escuela, trabajaba y restringía algunos alimentos que consideraban le subían de peso.

Después de que se casó y tuvo sus hijos nuevamente empezó a luchar para no incrementar de peso. Ella refiere que no subía tanto, aún así ella se preocupaba cuando veía algún indicio de sobrepeso. Cuando empezaba a sentir una sensación de estrechez de su ropa se

angustiaba y buscaba alguna dieta para restringir sus alimentos y a su vez perder peso corporal.

En su búsqueda por perder peso incorporaba algunas modificaciones en su dieta, una época dejó de comer carne e intentó hacerse vegetariana, en otra trató de basar su dieta en el consumo de jugos de frutas y verduras, después trataba de adaptarse a una dieta más balanceada que no rebasara las 1000 calorías, consumiendo de manera limitada los carbohidratos y azúcares. Estas dietas le funcionaban bien, lograba perder peso cuando las implementaba. Realizaba una dieta de cítricos que le ayudaba a bajar de manera rápida, donde sólo podía consumir en desayuno y cena estos alimentos, como resultado lograba perder peso pero sí no se cuidaba volvía a subir y nuevamente trataba de incorporar otra dieta.

“...desde la secundaria, porque yo me ponía a puro jugo de naranja o a puros té, dos o tres días y bajaba...también hacía una dieta de 13 días en los que bajaba entre 4 y 5 kilos, era muy parecida a la de jugo de naranja, pero si podías hacer una comida fuerte y muy ligero a jugos en la mañana y noche...”

Si bien María no se ve con sobrepeso, ella considera que lo tiene y su referente principal es la sensación de que su ropa no le queda, le empieza a apretar, esta sensación le molesta, le incomoda de sobremanera, es entonces cuando trata de incorporar una dieta o restringirse en algún alimento para perder peso.

Además de las dietas, recurrió al grupo de autoayuda, el CCA, donde no se sintió muy aceptada, dado que su peso corporal no mostraba indicios de algún tipo de problema. Encontró la opción de TA donde sí se siente más identificada, fundamentalmente con el plan de alimentos que llevan. Usualmente ella veía los cambios de peso de manera cualitativa en términos de cómo le quedaba su ropa o registraba el peso en la consulta médica, pero conviviendo inicialmente con Gardenia decidió comprar la báscula donde va verificando los cambios de peso.

Llegó a pesar 72 kilos, actualmente oscila entre los 63 y 65 cuando se propone una dieta con el plan de alimentos y los conocimientos que tiene en relación al manejo dietético puede llegar a ese objetivo. Ella mide 1.65 metros, en términos nutricionales se encuentra dentro de un

peso saludable, sin embargo le gustaría llegar a los 63 kilos y mantenerse en ese peso, que es el mínimo que ha registrado.

Problemas asociados a su manera de comer

María piensa que su problema con la comida está relacionado con el tipo de alimentación que tenía desde la infancia. Ésta era muy monótona y escasa, basada en frijoles, tortilla, pan, salsa, a veces leche o café. Eran muchos de familia y la comida nunca sobraba más bien faltaba. Ella normalmente se quedaba con una sensación de hambre que cubría consumiendo más pan o tortilla y el refresco le proporcionaba una sensación de plenitud, éste era de consumo común.

“...la comida no alcanzaba, para cuántos, mi papá trabajaba de mesero y mi mamá era ama de casa, por más, pues no. No había variedad, nuestro pan y leche o café, así pintadito, no te creas que como de los de ahora aquí, no pintadito con azúcar...”

“...me acuerdo que yo me quedaba con hambre, y no pues mi mama, era del que se ponía abusado el que más comía, ja, ja, ja...”

“...frijoles, tortillitas y un chile molcajetado y ya párale de contar, no manita, sí fue difícil, éramos muchos...”

“...cuando yo llegaba de la secundaria y llegaba con hambre y no había que comer y lo único que había era frijoles y tortilla era lo único que había y que hacía yo me hacía mis tortillitas fritas me compraba una coca y le echaba caldito de frijoles tantita crema y quesito y órale para dentro...”

No fue gorda en la infancia, su familia no tiende al sobrepeso, pero ella empezó a engordar un poco más de lo que sus hermanas cuando iba a la secundaria y lo asociaba a que era muy comelona y siempre tenía hambre. Era la que llegaba primero de la escuela para alcanzar comida, empezó a engordar y le incomodaba que la ropa no le quedase, entonces a pesar de su hambre trataba de disminuir la cantidad de comida.

Su problema con la comida, según refiere, se debe a vínculos emocionales que le hacen comer de más, fundamentalmente el consumo de pan dulce. Éste le “mueve” muchas emociones ligadas con su familia, que más bien identificamos como cierta nostalgia, además de costumbre y gusto por éste alimento en particular.

María no era una mujer gorda, probablemente con un poco de sobrepeso pero este no era considerable, aunque ella sentía que sí, sobre todo cuando se comparaba con sus hermanas. Encontramos que la diferencia principal en la percepción que ella tiene sobre su imagen corporal se debe en gran parte a su problema de labio leporino. En su infancia se sentía muy incómoda por este defecto, aunque con las cirugías no es tan evidente, sí marco la diferencia en cuanto a su percepción y la importancia que da a su apariencia física. Actualmente el labio leporino ya no impera en su discurso como un defecto que moleste o incomode pero éste se trasladó a su deseo por no engordar, por sentirse cómoda, por verse bien. Su lucha por ser delgada es una forma de expresar que se siente bien, la gordura la percibe como un defecto, como algo que debe corregir, aunque este sea ligero.

Formas de resolver la situación problemática

Ha utilizado diversas estrategias para perder peso corporal, en su adolescencia limitaba la cantidad de comida, su variedad de alimentos no era excesiva sino más bien monótona y por consiguiente trataba de llenar con un solo alimento. Lo que hacía era disminuir la cantidad, no dejaba de comer pero restringía particularmente pan y tortilla.

En su vida adulta cuando empezó a ser más autosuficiente se mantuvo con cierto movimiento físico dada sus actividades laborales, aunado a una leve restricción de alimentos que consideraba le engordaban, sobretodo el pan dulce, esto le permitía en gran medida mantenerse delgada, también en esta época fue que trató de implementar un régimen vegetariano.

“...sí visité uno que más me gustó fue un naturista pero fue uno hace muchos años. Estaba yo soltera, entonces fue hace como 25 años que yo lo visité y era una dieta muy estricta, a base de puras cosas naturales, era como naturista o vegetariano y podía hacerlo, no al pie de la letra pero si algunas cosas, se me facilitaba, pero lo dejé porque podía mantenerme delgada, quitándome el pan por ejemplo...”

Cuando se casó y empezó a notar un incremento de peso, trató de realizar diferentes tipos de dietas. Efectuaba con frecuencia la dieta a base de cítricos, también trató por un tiempo de basar su alimentación en el consumo de jugos de frutas y verduras. Otra temporada trató de convertirse en vegetariana, dejando de comer carne.

Presentó un problema de columna y en su servicio médico la enviaron al nutriólogo, el cual le proporcionó una dieta para bajar de peso, fue cuando estaba pesando 72 kilos el registro más alto que tiene. Ella se apegó a la dieta y la implementó en varias ocasiones. Después ella buscó el tratamiento nutricional de manera independiente y también se apegó al plan de alimentos y orientación nutricional.

“...al ISSSTE porque me mandaron, porque estoy un poquito mal de la columna, me mandaron para bajar de peso al ISSSTE y después, tendrá unos ocho años...Después decidí ir a la nutrióloga...hace como unos tres años, dos años...”

“...A ver, tú dime si estoy bien o estoy mal, en la mañana me levanto y me tomo un licuado a veces en el desayuno es un licuado de plátano con amaranto, avena y este plátano por ejemplo y si no desayuno y dentro del jugo desayuno un jugo de naranja, dos guayabas, una guayaba si después de eso me espero un poco y ya a las 9 de la mañana desayuno este un la mitad de una telera sin migajón bien doradita y le pongo un poquito de frijolitos un poco de guisado del que tenga y trato de ponerle al guisado verduras, por ejemplo si hice guisado de atún con cebolla en rajitas con pimienta morrón y caldillo de jitomate, entonces, por ejemplo mañana pone desayuno si quedó desayuno con frijolitos y el guisado y mi fruta si, por ejemplo trato de medio plátano con leche Light medía taza de leche Light y en la comida así más o menos es lo mismo pero con otro guisado y también si tengo hambre pues medio plátano o si se me antoja la leche un cafecito o algo así pero más o menos y ya si tengo más hambre le agrego más verduras y más fruta a la comida ¿cómo vez?...”

También ha tratado de realizar algún tipo de actividad física, pero no es muy constante, identificamos más bien que buscó espacios para socializar y acudió a un lugar donde en teoría practicaba ejercicio físico.

“...los miércoles que te digo, antes iba a hacer ejercicios, entre los dos grupos, son como entre 80 y 100 señoras ahí, y hago vida social, antes iba yo a hacer vida social ahí... del deportivo tendrá unos cinco o seis años, o hasta más, no me acuerdo, pero es lo mismo, entro y salgo, o sea, no soy constante, hay por temporadas, en la que si soy constante...”

Llega al grupo de comedores porque en primera instancia siente que tiene un problema con su manera de comer que le hace subir de peso y está en búsqueda constante de opciones para perderlo, el grupo es una opción, por otro lado, no quiere influir con su problemática a sus hijos. Posteriormente deja el grupo de CCA y se incorpora al TA porque se siente identificada con la terapéutica del plan de alimentos, aunque a finales del 2010 decidió dejarlo.

Evaluación de los resultados obtenidos de cada estrategia

Le ayuda de cierta forma disminuir la cantidad de alimentos y la implementación de diversas dietas para bajar de peso. Cuando quería una pérdida rápida se sometía a la dieta cítricos y lo conseguía. No obstante cada vez empezaba a presentarse dificultades para realizarla al pie de la letra, además también identificaba que la pérdida no era como antes. Este efecto es normal después de que una persona se somete a este tipo de restricción alimentaria.

Le apuesta a la implementación de una dieta basada en jugos que no le funciona, logra realizarla por un periodo corto de tiempo de dos meses, el primer mes se apegaba al consumo de jugos de frutas, verduras y algunos alimentos ricos en proteína, pero el segundo mes no puede realizar el régimen estricto y termina dejándolo.

Otro recurso para perder peso fue dejar de comer carne, quería ser vegetariana, pero tampoco lo consiguió. Terminó reconociendo que la carne le gusta y que no le hace mal comer un poco. Por otro lado su esposo y su hijo tienen una preferencia por este alimento por tanto no puede faltar en su mesa y hay una oferta constante de carne que le impidió convertirse al vegetarianismo.

El régimen nutricional le agrada, además de que asimila de manera contundente la orientación nutricional, se apega al plan de alimentos, incorpora variedad en su dieta e identifica que era lo que le faltaba. Siempre había tratado de comer de un alimento o dejarlo, esta opción de incorporar variedad le convence. Se familiariza con los grupos de alimento, las porciones y de cómo lograr balancear sus menús. Nosotros identificamos que modifica de manera sustancial su modo de comer aún antes de llegar a los grupos de autoayuda.

“...si yo dije hay no como, que era mucho, entonces estoy viendo que esto en si es analizar en el día lo que vas a comer, o sea lo que puedo comer: proteínas 3, grasas 3 verduras 3, frutas 3 leche 2 y cereal 2, o sea que todo esto en la semana se resume a esto, ¡vaya! y ya nada más si yo salgo pues ya sé lo que debo de comer y a lo mejor no me apego a mi plan pero me apego a esto...”

“...yo lo que tengo que tener cuidado es con el grupo de cereales porque a veces no sabe uno y te comes un taco acorazado ponle de no sé, imagínate ahí va la torta de papa si le pones una o dos, va el arroz y van a veces dos tortillas y dices cuantos cereales me comí ahorita... yo ya tengo noción de cuanto cereales tengo que comer y o

sea si antes yo no sabía me aventaba mi taco acorazado con dos tortillas, mi arroz y mi torta de papa pues imagínate cuantos cereales iban ahí...”

“...ya te acostumbraste...porque ¿tú cómo te haces tú alimento?, que estas empapada en todo esto, porque a mí se me hace, sinceramente, yo cuando voy al mercado compro de todo, y ya, abro el refri y ah! se me antoja esto: “porción de cereal o porción de carne o porción”... tú sabes más o menos lo que vas a comer, pero al momento cuando abres el refri dices: “ hoy voy hacer esto” o “voy hacer lo otro” pero ya tengo las cosas ahí...”

Cuando llegó al grupo de CCA pensó que tiene un problema en términos de obsesión alimentaria, se “enganchó” con la relación de las emociones y la conducta alimentaria. Asoció que el pan dulce la compulsaba porque le trae recuerdos de cómo era su alimentación en la infancia y trata de encajar un problema de falta de comunicación de su madre hacia ella en su desbordamiento alimentario, aunque como mencionamos ella más bien siempre a tratado de restringir sus alimentos.

“...pues yo digo, yo pienso que a lo mejor por mi niñez yo pienso que eso era, lo que en la mañana almorzaba, en la mañana mi mamá nos daba un licuado y tu pan, en la noche era lo que cenábamos, café pintadito y tu pan, pero nunca estuve gorda, lo que pasa es que como hacía mucho ejercicio iba a la escuela o trabajaba ¿no?, luego me acuerdo que una amiga llegaba y compraba... y con pan y voy a pedirle, pero no nunca me atreví a pedirle no tuve, le voy a pedir un pan, no sé pero el pan me gusta mucho no más que yo lo veo y no es que el pan es el que te engorda...”

“...mi mami siempre nos daba un pan en la mañana con leche y un pan en la noche con leche, y es la falta de mi mami, eso sí, eso sí lo tengo identificado y desde que falleció mi mami, yo me pasé un año casi deseando pan, pero no cualquier pan, no, o sea, pan que sepa rico, que de veras tenga sabor...”

No cabe en el grupo porque los demás integrantes piensan que ella no tiene ningún problema, fundamentalmente porque no se evidencia sobrepeso u obesidad. Sus problemas emotivos o familiares tampoco derivan o propician un descontrol alimentario, más bien se evidencia lo contrario, María tiene control sobre su manera de comer. Así que a pesar de que algunas compañeras del grupo no la quieren, logra entablar lazos de amistad con otras y es por esto que sigue ahí.

Conoció a Gardenia y se hicieron amigas, tenían varias cosas en común sobre todo a nivel de familia, además de coincidencias con la problemática alimentaria. Se frecuentaban inicialmente dándose consejos de cómo aplicar el plan de alimentos, algo que le interesó.

Aunque lo que no le gustaba era la rigidez de éste, el tener que comer solo lo que se incluye en el plan. Trató de realizarlo pero muy a su manera. Además algo que siempre ha cuidado es que sus hijos y esposo no se vean afectados por su obsesión alimentaria. El plan no consiguió llevarlo totalmente a la práctica, adoptó algunas ideas, provocó confrontación con Gardenia por lo que poco a poco dejó de asistir al grupo. Se dio cuenta que realmente no tiene este problema, no ha practicado nunca un atracón, puede identificar que hay periodos en el año que come un poco más pero no de manera que puedan ubicarse como atracones. Lo que en teoría la compulsión es el pan dulce, el cual sí trata de evitar consumir. Aunque como mencionamos este alimento no le hace perder el control sobre su manera de comer.

“...si yo le digo a mi esposo cada vez que me invita a salir ¿no?, si él me dice: “vamos a unos tacos al pastor” ¿no? le digo que no, le digo vamos, me comeré uno o dos y ya. Porque no quiero caer en esa reserva radical, porque en el ser radical siento yo que, pues, varia al final de cuenta y en muchas cosas a lo mejor como en ese ejemplo te digo ¿sabes? que no vamos porque estoy en mi plan pues nunca voy a salir con él o sea me tengo que adaptar a lo que hay...”

Finalmente dejó los dos grupos y perdió contacto con las amistades que había generado ahí. Esto se debe en parte a que reconoce que no tiene un problema alimentario que amerite su permanencia en éstos, puesto que ha logrado el control alimentario sin la ayuda de los grupos, por otro lado empezó a generar actividades laborales que siempre había añorado ahora su situación familiar se lo permite, su hija por motivos de estudio se fue a vivir al D.F., su hijo estaba por entrar a la universidad por lo que tiene mucho más tiempo para ella misma por tanto decidió buscar trabajo, lo encontró y se siente muy motivada, hasta bajó de peso sin necesidad de dieta o grupo.

Yaris

Es una mujer de 35 años, de estatura baja, mide 1.50 metros, de complexión mediana y se evidencia sobrepeso, se visualiza una distribución de grasa fundamentalmente en las caderas y las piernas, el talle es un poco más delgado, aunque se observa acumulo de grasa en los brazos y senos. Su piel es de un tono moreno claro, usa el cabello largo, aunque usualmente lo trae recogido. Generalmente se maquilla el rostro de manera ligera, se delinea ojos, pinta

pestañas y usa labial. Sus facciones son relativamente delgadas. Se ve más joven de lo normal.

Comúnmente viste ropa ajustada, particularmente jeans y camisetas, esto hace notar más peso de lo que en realidad tiene, los fines de semana usualmente usa ropa sport y en su trabajo el uniforme le favorece.

Su carácter denota una personalidad un tanto ruda, no es una persona amigable de entrada, cuesta trabajo entablar conversación debido a que es introvertida, podemos definirla como una mujer de pocas palabras.

Es originaria de Torreón Coahuila, donde aún viven sus padres y es la menor de 3 hermanas, en esta ciudad realizó estudios a nivel técnico de secretaria bilingüe, hace aproximadamente 10 años llegó a vivir a Cuernavaca porque una empresa la contrató para trabajar. Aquí conoció a su actual esposo, se casaron después de dos años de noviazgo y se estableció definitivamente en el Estado, vive en un municipio aledaño a la ciudad de Cuernavaca debido a que su esposo logró comprar una vivienda de interés social en esa zona.

Actualmente trabaja como recepcionista en una escuela de lunes a viernes de 9 de la mañana a 6 de la tarde en la ciudad de Cuernavaca, por lo que no tiene tiempo para otras actividades entre semana. Su esposo trabaja como empleado en una tienda departamental también con horario completo.

Su familia siempre la ha apoyado, la relación con sus padres y sus hermanas ha sido buena, mantienen comunicación vía telefónica frecuente y se visitan por lo menos tres veces al año, ella va a Torreón o su familia viene a visitarla a Morelos. Por ser hija menor le tocaron épocas económicamente más favorables que a sus hermanas, la mayor no tuvo estudios porque empezó a trabajar a muy temprana edad, sin embargo las demás lograron terminar una carrera técnica. Su padre era empleado de una fábrica y su madre era ama de casa, actualmente su papá está jubilado y tiene una pequeña pensión del seguro social. A pesar de que todas están casadas ayudan a la manutención de sus padres.

Lleva casada ocho años y la relación con su esposo ha sido buena, se llevan muy bien, se han adaptado logrando cierta estabilidad, tanto económica como emocional. No obstante el problema principal es que ella no ha conseguido embarazarse, aunque su esposo refiere que por su parte no hay problema no así para Yaris, quien lleva dos años tratando de embarazarse sin lograrlo.

Experiencia de su malestar alimentario

La familia de Yaris tiende al sobrepeso, sobre todo del lado de su mamá, en su infancia menciona que ninguna de sus hermanas eran ni gordita ni delgadas, no obstante en la etapa de adolescencia todas incrementaron de peso. Sin embargo, esto no representaba ningún problema para ella ni su familia.

Cuando terminó la secundaria consiguió bajar de peso gracias a que caminaba de su casa a la escuela, cuando empezó a estudiar la carrera de secretaria lograba mantenerse debido a que a veces no le daba tiempo desayunar, por lo que comía cualquier cosa en la escuela, llegaba a su casa a comer ya tarde y realizaba una merienda ligera. Menciona que probablemente tenía sobrepeso pero ella no se sentía mal, particularmente porque a comparación de sus hermanas ella era la más delgada.

En su estancia en Cuernavaca estando aún soltera tampoco sintió que tuviera un problema de sobrepeso, menciona que se sentía bien, no se sentía gorda, ni su peso corporal ni su manera de comer representaban un problema. Posteriormente después de su matrimonio identificó que estaba comiendo mucho, pero aún esto no representaba un malestar, aunque ya comenzaba a ser notorio su aumento de peso, menciona que la ropa ya no le quedaba, tuvo que cambiar de talla. No obstante no quería reconocer que el sobrepeso le incomodara.

Antes de que se casara, la hermana mayor le hacía comentarios en relación a su manera de comer, éstos no tenían eco en ella porque el sobrepeso aún no era tan palpable, más bien su actitud era de negación, no reconocía que le incomodara su peso corporal o que tuviese un

problema con su manera de comer. La hermana presentó problemas de diabetes, esto la llevó a involucrarse de forma determinante al grupo de TA en Torreón consiguiendo perder peso corporal y controlar la enfermedad, por tanto la incitaba constantemente a cambiar su dieta, no obstante Yaris criticaba mucho a su hermana cuando la veía haciendo su régimen dietético.

“...me decía: “te van a dar un plan” y que mi plan y yo; “sácate, me muero de hambre con tu plan”, cómo voy a comer un pollo a mí, un Kentucky feliz, “no, es que mira, que esto, que la verdura, que la zanahoria” y yo: “no pero eso es comida de perro”...que la verdura, que la zanahoria que el chayote, y yo: “no pero eso es comida de enfermo...”

Quería embarazarse y no lo consiguió, empezó a preocuparse por lo que fue al médico, quien le indicó se realizara varias pruebas de fertilidad al igual que su esposo. El resultado apuntó que todo estaba bien con ambos y el problema era su exceso de peso, sin embargo, ella no lo aceptó, se molestó y consideró que éste no era un buen diagnóstico y que debería haber otra causa, decidió no hacer caso a las recomendaciones del médico quien le señalaba que debería bajar de peso para conseguir embarazarse.

“...no es que me siento así, me siento mal, es que es por lo mismo y yo más subía, mas subía en dos ocasiones me acostaba y me subía el cierre y caminaba y ya ni podía respirar, en marzo, por marzo abril otra vez caí en lo mismo me quise embarazar, no pude, que tenía que bajar de peso y me daba un coraje que el doctor me dijera eso, está loco nada tiene que ver...”

Continúo intentando embarazarse pero no lo consiguió, acudió a otro especialista y prácticamente le dijo lo mismo. Ella se molestó y decidió resignarse a no poder tener hijos. Menciona que su carácter se “agrió” se enojaba por todo, se sentía estresada, se sentía triste y un poco deprimida. En esta época sintió que empezó a comer de más, de hecho ella refiere que comía aunque no tenía hambre, era como una especie de rebeldía.

“...me deprimía mucho y comía más, me entraba el estrés y comía más, ¿no? la verdad es que sí, la presión es bien fuerte, qué porque no tiene hijos, qué si es él o ella, puras habladurías y qué les importa, pero bueno después de 5 años de casados pues como que ya no, hasta yo, me sentía re’ mal...no sirvo como mujer o qué pasa no sé muchas cosas que piensas, tú autoestima, la gente nada más habla pero no sabe lo que te causa, me daba coraje entonces creo que hasta más comía...”

Invitaba a su esposo a cenar los fines de semana, le gustaba ir a los tacos o a comer pozole y aunque no tenía hambre comía de más. Su esposo la trataba de limitarla, fundamentalmente

porque veía que estaba comiendo mucho. Identificamos que si bien en su discurso al esposo no le daba tanta importancia al asunto de la paternidad en la práctica trataba de hacer que Yaris bajara de peso, es por eso que la limitaba puesto que él sí quería que disminuyera de peso y que ella pudiese embarazarse.

Comenzaron a tener problemas porque él empezó a comentarle sobre su manera de comer, además identificaba que ella tenía problemas para dormir por el exceso de peso. Se quejaba en las noches y no podía respirar, aún con esta situación, Yaris no aceptaba que tuviera exceso de peso y que éste fuera el impedimento, no solo para embarazarse, sino que ya estaba mermando su salud. Su esposo le decía: “estás tan llena que no puedes ni respirar, estuviste quejándote en la noche”, ella no lo aceptaba.

“...llegaba y me acostaba y ¡ay!, ¡ay!, “qué tienes”, no nada, “pero te estás quejando”, no, yo no me quejo y estaba ahí quejándome y qué tienes, nada, por qué me despiertas: “es que te estás quejando”, no me estoy quejando: “tú no te escuchas pero yo sí, estas llena, no te puedes dormir así llena, vamos a caminar algo”, ahí no, pero si me costó mi pozole...y yo amanecía con muchísima, muchísima hambre y llegaba a la oficina y que vas a pedir de desayunar, unos tacos acorazados y ¿tú? Una orden de no sé qué y ¿tú? Dos tacos acorazados y una quesadilla de champiñones y así era...”

Durante los últimos tres años intentó embarazarse pero en lugar de conseguirlo subió más de peso, tenía que acostarse en la cama para poder subir el cierre de sus pantalones porque no le quedaban. Sin embargo, prefirió cambiar de talla en lugar de intentar para bajar de peso, se molestaba cuando sus hermanas le decían que tenía que hacer algo para disminuirlo, le enojaba que la invitaran al TA y le hablaran del plan de alimentos, discutía con su esposo cuando éste trataba de limitarla o le incitaba a realizar algún tipo de dieta y se negaba a realizar actividad física.

Un día, estando en su trabajo se sintió mal, se le bajó la presión y la llevaron al médico, ahí le diagnosticaron problemas de presión alta además de que tenía los triglicéridos altos y obesidad. Este diagnóstico la hizo sentirse muy triste, porque ella llevaba varios días sintiéndose así, simultáneamente de que había presentado un retraso en su periodo menstrual y pensaba que seguramente ya estaba embarazada.

Su familia se comunicó con ella dada la situación que había revelado el esposo sobre el incidente en el trabajo. La hermana aprovechó para comentarle sobre el grupo de TA, además de que le dio una nueva noticia en relación a que había una persona interesada en abrir un grupo en Cuernavaca. Le proporcionó los datos de Gardenia. Se comunicaron, empezaron a entablar amistad, además de frecuentarse los fines de semana con la idea de concretar el grupo. Yaris inició con el plan de alimentos, llevaba su comida al trabajo, se convenció que sí efectivamente se sentía mal por la obesidad y que requería cambiar su manera de comer.

“...A mi hermana le decía que Dios no me quiere, porque yo le comentaba tengo que bajar de peso, no puedo tener bebés por el sobre peso, y me decía: “te van a dar un plan” y que mi plan y yo sácate, me muero de hambre con tu plan...pero bueno me pasó los datos de Gardenia, ella me habló y así empezamos”

Se apegó al plan de alimentos con algunas dificultades iniciales, sin embargo se encontraba muy motivada porque las primeras semanas empezó a sentir cambios considerables en su cuerpo, después de un año de permanencia en el grupo logró embarazarse.

Problemas asociados a su manera de comer

Ella al igual que su familia estaba acostumbrada a comer “cosas que enorgordan”, recuerda que era habitual el consumo de pan, tortillas sobre todo de harina, refresco, carne de res, ternera y cabrito, que era lo que más le gustaba, pues se conseguía a buen precio y de buena calidad. Su mamá acostumbraba a preparar dulces de membrillo que repartía en algunos puntos de la ciudad para venta, ésta actividad la realizaba sobre todo en época vacacional. Yaris tiene una preferencia por los alimentos dulces, además de que le gustan también los alimentos fritos.

Nunca reflexionó sobre su manera de comer, sí ésta era abundante o no, recuerda que sí bebía mucho refresco y diferentes preparaciones acompañadas usualmente con tortillas de harina, no se consumían vegetales y las frutas eran muy esporádicas. Debido a que su papá era muy asiduo a la carne, ésta se consumía mucho.

Su familia, particularmente del lado materno tiende a la obesidad, su mamá era muy gordita y sus hermanas al igual que ella empezaron con el sobrepeso en la adolescencia. No obstante ella no se veía tan gorda como las hermanas, comparándose estaba relativamente más delgada por eso no cuidaba tanto su manera de comer. Al respecto refiere que en la familia de su mamá, tiene primas y tías que pesan arriba de los 90 kilos y sus hermanas después de los hijos también habían acumulado mucho peso, similar al de sus parientas.

En Cuernavaca lo que más extraña son los cortes de carne, en su tierra se compraban de manera frecuente y de buena calidad. Haciendo la comparación considera que la carne que compra en Cuernavaca es de muy mala calidad y la buena carne se consigue a precios muy altos. No obstante, encuentra otro tipo de alimentos que le agradan mucho, se hace del gusto por el pozole, los tacos dorados, los tamales, los tacos de canasta, acorazados, los taquitos al pastor, las quesadillas, tlacoyos, además del hábito que tiene ya por el refresco y de alimentos dulces. Yaris menciona que le gusta comer, que disfruta de estos alimentos aunque le suben de peso.

“...me gustaba todo eso, el pozole, los tacos, allá no se acostumbra mucho de maíz, todo de harina, pero aquí le agarre sabor y la verdad es que si me gustaba todo lo que fuera tortilla y más frita...”

Cuando intentó embarazarse y no lo consiguió, se deprimió, se desesperó y se refugió en la comida. Menciona que se empeñaba por tener relaciones sexuales cuando tenía su periodo fértil, aunque no tuviese apetencia por intimar se obligaba a sí misma como su esposo para lograr el embarazo, cuando le llegaba el periodo menstrual se deprimía, entonces su recurso era salir a comer fuera de casa, además de que se comenzó a gastar dinero en ropa y también en la compra de comida sobretodo dulces y chocolates, recuerda que se salían al centro comercial y ella compraba bolsas de chocolates o dulces. La comida empezó a ser un refugio que le ayudaba a aminorar su frustración.

Encontró un gusto por el pozole, había hecho ya cotidiano el consumo los fines de semana de este platillo, pero dada sus frustraciones salían desde el jueves, viernes y sábado, alternando entre tacos al pastor, pozole y birria. Además dejaron de desayunar por las mañanas en casa, cuando recién se habían casado desayunaban juntos algo ligero, café o pan, pero con los

problemas del embarazo cada quien realizaba el desayuno y la comida en sus respectivos espacios de trabajo.

“...los viernes salía de mi trabajo y te invitó de cenar yo, te invitó de cenar: “a dónde”, pues a donde sea tu dale, entonces íbamos, párate ahí: “aquí”, si aquí, que te vas a pedir, no deme dos órdenes con dos tostadas por favor, chico y una coca, mi pozole, mis tostadas y mi coca, algo más, si un champurrado y mi pozole y mi esposo: “qué te pasa”, tengo hambre tengo hambre y ¿tú?: “nada más dos tacos”, pídete otros dos, no pues si no quiere, pídete otros dos y yo hacía que se pidiera otros dos y yo hay ya no puedo, pues si yo voy a pagar y pagaba...”

Su desayuno consistía en gorditas, tlacoyos o quesadillas, café o atole y la comida eran tacos acorazados, tortas o hacia una comida corrida, aunado con lo que cenaba, los dulces y chocolates que consumía entre comidas, aumento considerablemente de peso.

Formas de resolver la situación problemática

Migró a Morelos cuando dos de sus hermanas mayores iniciaron con problemas de diabetes debidos en parte a la obesidad, sus papás sufrían de presión alta, su mamá además tenía ya varios años con diabetes. La hermana mayor llegó al grupo de TA y bajó de peso logrando controlar sus niveles de glucosa con la dieta, posteriormente “jaló” a las hermanas y a la madre, que consiguieron controlar la enfermedad. Trataba de que Yaris también se adhiriera, pero se encontraban con mucha resistencia de su parte, en primera porque no aceptaba que tuviera un problema de sobrepeso y no representaba un malestar y por otra algo que le favorecía era que la distribución de grasa se depositaba en caderas y piernas, además que comparándose con sus hermanas, ella siempre había sido la delgada de la familia, por tanto no buscaba implementar ningún recurso para perder peso corporal.

Cuando sentía que estaba subiendo de peso, en ocasiones trataba sin mucho éxito de dejar de tomar refresco, le gusta mucho la *coca-cola*, refiere que si bien alguna vez pensó ponerse a dieta nunca lo llevó a la práctica. Posteriormente cuando sus hermanas y madre se pusieron a régimen a ella le molestaba. Entonces como una especie de rebeldía comía más. Cuando iba de visita, ella prefería salir a comer fuera de casa, porque en ésta solo había frutas, verduras, además de que la comida le sabía insípida.

No implemento ningún recurso para perder peso corporal, pero dadas las circunstancias de vida, fundamentalmente el deseo de embarazarse, hacen que finalmente acceda al tratamiento dietético que sus hermanas le recomiendan donde habían experimentado con mucho éxito no solo la pérdida de peso sino también controlar la problemática de diabetes. Cabe decir que las hermanas y la mamá tenían aproximadamente 8 años involucradas en el grupo de TA en Torreón, casi el mismo tiempo que Yaris migró a vivir a Cuernavaca.

Después de presentar un problema de salud: aumento de la presión arterial y de los niveles de colesterol en sangre, aunado a su frustración por no conseguir el embarazo y gracias a la insistencia de la hermana mayor contactó a Gardenia quien estaba en vías de abrir el grupo de TA. Entablaron amistad e iniciaron frecuentarse para tomar café y aún sin tener un lugar específico Yaris comienza con el plan de alimentos.

Posteriormente cuando Gardenia logró conseguir un lugar para sesionar, se integró a la dinámica grupal, aunque su participación se reducía a la asistencia una vez por semana dada sus ocupaciones laborales. Se apegó al plan de alimentos, según refiere era la primera vez que incorporaba un régimen dietético intentando modificar su manera de comer con la intención de perder peso corporal y conseguir el tan anhelado embarazo.

“...me decía: “mira, sin el pellejo” que le quitara la piel y luego todo medido y empecé un lunes y del lunes al sábado había bajado 2 kilos y me quedé bien emocionada y empecé a hacer cuentas ¿verdad?...”

Evaluación de los resultados obtenidos en cada estrategia

Yaris no tiene una carrera larga en la búsqueda de opciones para perder peso corporal, su primer intento por bajar de peso se hace mediante el apego al plan de alimentos que propone el grupo de TA, el cual es recomendado y avalado por su familia, quienes han participado en éstos ya por más de 8 años.

Inicialmente cuando comienza a implementar el plan de alimentos, aún sin participar en un grupo concreto, pues éste aún no se conformaba, se encuentra muy motivada y convencida

del régimen dietético, en parte se da cuenta que a sus hermanas les ha funcionado, por otro lado Gardenia termina por persuadirla, pues es otro ejemplo ajeno a la familia que le garantiza que el plan funciona.

“... me meto con Gardenia y mi vida cambia totalmente porque ahora si es real, la leche, el plátano, la manzana y yo decía para las nueve ni me va alcanzar porque voy a tener hambre...”

Las primeras semanas comenzó llevando sus alimentos para desayuno y comida de su casa, dejó de comer con sus compañeras de trabajo, esto causó extrañeza en ellas, hasta que finalmente después de un mes de régimen les dijo que está tratando de cambiar sus hábitos porque quería perder peso y les pidió ayuda para conseguirlo, pues había cierto “hostigamiento” ante su actitud y negativa para comer con ellas.

“...traje mi cereal, ¿desde cuándo es que traes tú cereal?, ándale, no, te estoy diciendo que me voy a desayunar mi cereal...me comía mi comida, me sentía llena me sentía a gusto, en la tarde, igual me llevaba mi pechuga mi ensalada...”

“...porque ahora si es real, la leche, el plátano, la manzana y yo decía para las nueve ni me va alcanzar porque voy a tener hambre y llegaba y “¿Estás a dieta?”, sí, sí y “¿eso vas a comer? Ni te vas a llenar, te pido una gordita y con eso que te vas a comer ya no aguantas hasta las tres”, sí verdad y me la traía y yo “¿me la como o no?”, no es que sí ya te desayunaste ¡no!, ¡no!, traje mi cereal, “desde cuándo es que traes tu cereal, ándale”, no te estoy diciendo que me voy a desayunar mi cereal “y qué más”, nada más, “no mientas” y me decía bueno lo que sea comételo ya, no hagas que me remuerda la conciencia...entonces pues me comía mi comida, me sentía llena me sentía a gusto, en la tarde, igual me llevaba mi pechuga mi ensalada, “oye hoy toca pozole es jueves pozolero”, sí pero traje mi pechuguita, aunque, no, no traje mi pechuga, pepinos: “pero que payasa, no quieres desayunar, en la tarde no quieres comer con nosotros en la noche no quieres ir a los tacos, no eres tú, qué te pasa, qué tienes, ¡qué estas enferma!”, bueno no estoy enferma simplemente no quiero, hoy voy a comer esto mañana quien sabe, qué vas a comer, vamos a los tacos “qué vas a desayunar”, traje avena, ¡avena! ¿Qué andas estreñida o qué?...”

“...hasta que me decidí yo decirles a las demás sabes que yo estoy en este plan y quiero bajar de peso, sentirme bien conmigo misma, cómo sea es mi problema, sí, si lo necesito...”

El esposo también era un elemento fundamental para el apego al plan de alimentos, pues estaba muy interesado en que Yaris bajara de peso. Él también de manera indirecta se sometió al plan de alimentos, tanto en la compra de víveres como en el consumo de los alimentos que corresponden a la dieta.

En las primeras cinco semanas logró una pérdida de 3 kilos, lo cual la motiva mucho a seguir, “me empezaba a sentir más ligera y esa sensación me gustaba”. Aunque al principio sentía que no se llenaba, que se quedaba con hambre, poco a poco fue aminorando esta impresión, trataba de tomar agua y si bien no logró dejar el refresco lo sustituía por el tipo light tomándolo solo una vez, cuando antes lo consumía tres veces al día.

El grupo se conformó más o menos dos meses después de que Yaris había iniciado con el plan de alimentos, por tanto la dinámica grupal no se llevaba a cabo tal cual, puesto que ella solo podía asistir los sábados, este día solo iba Gardenia pues María, la otra integrante, asistía entre semana. Las reuniones de los sábados eran más como charlas de amigas, donde se compartían sus dificultades para implementar el plan, algunos problemas personales y sobre todo las cosas que tendrían que hacer para que el grupo pudiese crecer.

Podemos decir que Yaris no estaba involucrada realmente en un grupo de TA con toda la dinámica que éstos en teoría manejan, pues el grupo no lograba conformarse, aún con esto Yaris se apegó al plan de alimentos y logró bajar de peso corporal, de 75 kilos que tenía, al año de estar a régimen consiguió una pérdida de 15 kilos y logró embarazarse.

Aún con el embarazo continuó con el plan de alimentos, de hecho bajo de peso el primer trimestre, registrando un peso de 56 kilos, subió solo 9 kilos durante el embarazo. Dejó de acudir al grupo los primeros ocho meses después del parto, pero aún continúa con el régimen y asiste al grupo una vez por semana.

Debo mencionar que el TA no había logrado conformarse hasta este año 2012, en el periodo que conocí a Yaris y la entrevisté el grupo realmente no estaba funcionando como tal, pues en teoría en las sesiones una vez que habían conseguido el espacio físico, sólo se reunían Gardenia con María o Yaris, difícilmente coincidían las tres y la dinámica era más como una charla entre amigas, no obstante el grupo de Torreón también ejercía una fuerte influencia en ella, en parte por el contacto familiar y los nexos de éstas con el grupo. En las visitas que realizaba a Torreón se incorporaba a la dinámica del grupo en zona.

A pesar de las inconsistencias grupales, logró implementar el régimen dietético, se dio mucha comunicación con Gardenia vía telefónica y con las hermanas que ahora coinciden en recomendaciones y opciones para que Yaris implemente el plan dietético de manera contundente. El grupo de Torreón y la influencia de la familia dentro del grupo favorecen a que se integre a la dinámica grupal junto con Gardenia, son ellas las que siguen llevando el grupo en Cuernavaca.

Variaciones internas por caso

En el caso de Gardenia tiene una permanencia en el grupo de TA de más de nueve años. No tuvo problemas de sobrepeso en la infancia, empieza a ganar peso después de sus embarazos, nunca buscó para perder peso corporal y no se evidenciaba un conflicto con su manera de comer ni su apariencia física. El ingreso al grupo y su situación de vida le permitieron apegarse al régimen dietético, el cual tiene efectos positivos dando como resultado una importante pérdida de peso, la imagen corporal se vuelve relevante así como también el consumo y control alimentario. La permanencia por varios años se deben particularmente a los lazos de amistad y socialización establecidos con los demás miembros, el grupo es parte fundamental de su vida. El conflicto con su alimentación sea hace evidente cuando no puede asistir al grupo y siente que no tiene las herramientas que éste ofrece para controlar su alimentación, particularmente las relacionadas con las relaciones sociales establecidas ahí. A pesar de que modificó su manera de comer el nuevo entorno no le permite apegarse fielmente al plan alimentario por tanto está en constante angustia por no conseguirlo, además de las repercusiones del incremento de peso en su autoestima. Existe un convencimiento de la problemática alimentaria en términos de descontrol y enfermedad incurable que fue introducida por el contacto grupal.

En el caso de María, su inconformidad de su imagen corporal se evidencia en la adolescencia y empieza a controlar su manera de comer para modificarla. Ha realizado un sinnúmero de dietas para controlar el peso, la característica principal ha sido la restricción alimentaria, a pesar de que no observa sobrepeso evidente. Logró modificar su alimentación antes de llegar a los grupos de autoayuda. Tiene conocimientos sobre el manejo y control dietético por su incursión

a diferentes dietas. Su llegada a los grupos obedece más a la búsqueda de espacios de socialización, debido a que no se evidencia sobrepeso y la situación de vida que plantea se considera no problemática, no es bien recibida en el grupo de CCA y deserta. En TA también asiste porque es un espacio donde socializa, no obstante no le agrada la rigurosidad del plan alimentario y las responsabilidades que deben asumirse en el incipiente grupo, además ella no tiene esta relación estrecha como las otras dos integrantes con el grupo de Torreón. Deja los grupos aunque continúa frecuentando de manera individual con algunos miembros donde consiguió establecer lazos de amistad fuertes.

En el caso de Yaris tiene contacto con el grupo de TA por sus familiares, no muestra una búsqueda para perder peso corporal, aunque si refiere problemas de sobrepeso, tampoco refiere conflicto con su manera de comer hasta que se presenta la dificultad de no conseguir un embarazo. Su primer régimen dietético se establece en el grupo de TA, tiene resultados positivos y consigue perder peso corporal. El control alimentario que exige el grupo se confronta en el espacio social de trabajo, donde la alimentación juega un papel importante. Observamos que los efectos del plan y la dinámica grupal, que se da en gran medida por el grupo de Torreón y su contacto familiar, empiezan a generar la idea de la importancia del control alimentario y de la percepción de enfermedad, además de la dependencia del TA para confrontarla.

Conclusiones parciales por grupo

Existen diferencias sustantivas entre las mujeres que tienen contacto cercano con el grupo de TA en Torreón y la otra integrante que se adhiere al incipiente grupo en Cuernavaca. Las mujeres que tienen la influencia de TA no mostraban un problema con su manera de comer ni su imagen corporal, la búsqueda de opciones o intentos por perder peso es prácticamente inexistente. Empiezan a implementar el plan de alimentos como parte de la terapia grupal con efectos positivos en cuanto a la pérdida de peso corporal, además de que el grupo se convierte en un espacio de socialización importante y fundamental.

El control alimentario y la percepción de la imagen corporal adquieren relevancia. Se introduce la idea de dependencia grupal para implementar el apego al plan de alimentos y control de peso. A pesar de modificar sustantivamente la manera comer debido a la terapéutica de TA, cuando el contexto de convivencia es otro existe una dificultad de adherirse al régimen, se evidencia una falta de control, angustia y miedo a engordar, así como obsesión y conflicto alimentario, características que señala el DSM-V para caracterizar el “trastorno por atracón”

La implementación de la rigurosidad del plan alimentario está en constante tensión, fundamentalmente cuando no puede llevarse al pie de la letra dada la convivencia social que se da fuera de TA como la convivencia con la familia y el espacio laboral. La comida juega un papel de socialización importante que se confronta con la inflexibilidad del régimen dietético. El plan alimentario puede efectuarse dentro de grupo, esto genera no sólo dependencia a éste sino también se transmite constantemente la idea de “enfermedad incurable”, dada en términos de asumirse “tragón” y requerir las herramientas grupales para controlarlo.

La permanencia en el grupo se da por los vínculos de amistad y fraternidad que se han establecido de manera contundente, además de los efectos positivos en la disminución de peso, podemos apreciar la diferencia en el caso de la otra integrante que no tenía esta conexión. A pesar de las dificultades para conformarse el grupo en Cuernavaca, las dos integrantes que tienen cercanía al grupo de Torreón tienen una influencia importante de éste que permite se continúe con el control alimentario, así como con la participación de la dinámica grupal, en ocasiones por comunicación de larga distancia, vía telefónica o Internet, así como de visitas frecuentes de ambas partes.

No hay una identificación del problema alimentario cuando éste no se hace evidente mediante el sobrepeso u obesidad, como sería el caso de la otra participante. En este caso, a diferencia de las otras dos mujeres, observamos que la inconformidad de su imagen corporal permite incorporar opciones dietéticas diversas para modificar el peso corporal, hay una búsqueda mayor lo que accede integrar diferentes dietas para disminuir su consumo alimentario y contrarrestar su malestar corporal. Los grupos de CCA y TA son también un recurso

empleado para socializar más que para controlar su manera de comer, pues identificamos que ya ha sido controlado sin el apoyo grupal. Además no se asume las responsabilidades que implica su participación dentro de las agrupaciones, se muestra un inconformidad de algunos aspectos de la dinámica como el uso de la tribuna y la rigidez del plan, claramente se manifiesta un interés por socializar al asistir a los grupos.

Finalmente podemos concluir que cuando no se implementa el plan alimentario con rigor la obsesión alimentaria disminuye, identificamos que la negación ante la rigidez de implementar el plan permitió el reconocimiento sobre cierta “normalidad” ante la conducta hacia los alimentos y la manera de comer y se nulifica la idea de enfermedad o trastorno, no así cuando lo que se trata es de implementar fielmente el plan de alimentos.

CAPÍTULO V

“ES POR SALUD NO POR VANIDAD”

**INTEGRANTES DE UN GRUPO DE MUJERES QUE PARTICIPARON EN UN
TRATAMIENTO DIETÉTICO INTEGRAL**

En este capítulo se muestra la descripción y análisis de cinco mujeres que asisten a un tratamiento clínico para bajar de peso a través del control médico, nutricional y psicológico. Estas mujeres se contactan con la finalidad de tener información diferencial que excluya el discurso de los grupos de autoayuda, el discurso grupal, que como señalamos en los capítulos anteriores, es fundamental para generar la noción de enfermedad. Se pretende identificar las representaciones que tienen en relación con la comida, con su manera de comer, cómo se visualiza ésta, las formas en que se aprehenden el discurso estético y el mismo discurso médico-nutricional y sí este genera, al igual que los grupos, la idea de trastorno o enfermedad de la conducta alimentaria. También mostramos la información recabada al personal de salud: médico, nutriólogo y psicólogo que contactamos con la finalidad de tener una perspectiva relacional que nos permita entender y comprender el fenómeno alimentario en términos de malestar o conflicto.

Se presenta la información como se manejó en los capítulos tres y cuatro. Mostraremos mediante relatos biográficos la problemática alimentaria en cinco ejes principales. Primero haremos una descripción de cada una de ellas, quiénes son y cuál es su situación familiar, posteriormente describimos y analizamos su experiencia ante su malestar alimentario, en un tercer eje abordaremos los problemas que ellas asociación a dicha inconformidad, en el antepenúltimo eje describimos y analizamos las formas que han utilizado para enfrentar la problemática y finalmente cómo evalúan los resultados obtenidos en cada estrategia.

Antes de entrar de lleno en los relatos biográficos, haremos una descripción general de la clínica y específicamente del proyecto de investigación que permitió el contacto con estas mujeres y abordamos la postura de los clínicos que participaron en el proyecto y su percepción sobre el tratamiento y el apego a éste.

El Instituto Nacional de Salud Pública a través de su Centro de Investigaciones en Nutrición y Salud llevó a cabo un estudio de investigación el cual tenía como finalidad indagar sobre el apego y adherencia al tratamiento dietético a través de utilizar el modelo conductual en el 2009. El proyecto se desarrollo en una clínica privada conocida como Clínica de Obesidad y Enfermedades Metabólicas (COEM), el tratamiento se basaba en un manejo integral que

incorporaba control médico, nutricional y psicológico en personal que presentaran sobrepeso u obesidad y descontrol metabólico. Específicamente, el tratamiento nutricional se estipuló en proporcionar un plan de alimentos según las necesidades particulares de cada participante basado en peso, talla, edad, actividad física y alguna condición o estrés fisiológico. El tratamiento médico pretendía controlar, monitorear y evaluar los problemas metabólicos como hipertensión, glucosa alta o hiperlipidemias. En tratamiento psicológico consistió en la realización trabajo motivacional que permitiese un mayor apego al tratamiento dietético a través de talleres y en algunos casos particulares, terapia individual.

La Clínica de COEM está ubicada en un edificio sobre una avenida principal de la ciudad de Cuernavaca dentro de una de las colonias de más abolengo de la ciudad, una zona considerada de estrato alto. La Clínica ocupa el tercer piso completo y la administración de ésta ofreció un espacio en sus instalaciones para que el equipo médico del proyecto pudiese realizar su trabajo, este lugar estaba constituido por cuatro consultorios y dos sala de espera, en una de ellas se llevaban a cabo los talleres motivacionales. El edificio cuenta con elevador, sanitarios en cada piso y estacionamiento. Las instalaciones donde se realizaba el proyecto eran confortables, se encontraba amueblada, con servicio de internet, teléfono y fax, también tenía disponible aire acondicionado y tres dispensadores de agua. De los cuatro consultorios se designó uno para la nutrióloga, el médico y la psicóloga, el último se instaló personal responsable de la captura de datos.

Se realizó una invitación abierta a la población utilizando medios masivos de comunicación donde se convocaba a mujeres adultas con problemas metabólicos, diabetes, hipertensión, sobrepeso y obesidad. Las interesadas firmaban una carta de consentimiento para participar en el proyecto. Se excluyeron aquellas mujeres que tenían algún tipo de depresión clínica y que presentaban algún “trastorno de la conducta alimentaria”, además de que no mostraran tener problemas metabólicos, a todas las participantes se les realizó exámenes de laboratorio antes de ser aceptadas en el proyecto.

Personal del proyecto en Clínica de COEM

Trabajamos con la psicóloga, nutrióloga y médico general responsable del seguimiento a las mujeres participantes en el proyecto de investigación. El médico se ha dedicado a la consulta privada desde hace más de cinco años, ha participado en diversos cursos de especialización y estaba por realizar estudios de salud pública. La nutrióloga también ha practicado la consulta privada por más de 8 años y ha trabajado en algunos proyectos de investigación del Instituto de Salud Pública, ha estudiado diversos diplomados y cursos de actualización, además de tener experiencia en comedores industriales en la implementación de menús. La psicóloga se dedica a la consulta privada, particularmente aborda problemáticas en adolescentes y mujeres adultas, también se desempeñaba como docente de licenciatura en la facultad de psicología en una escuela privada con una experiencia de más de 15 años.

A continuación narramos las actividades y posicionamientos de los clínicos ante el tratamiento, así como su experiencia y creencias sobre las dificultades del apego de las participantes.

Sus actividades en la Clínica consistían en realizar una valoración o diagnóstico de las mujeres, implementar un tratamiento y efectuar el seguimiento. Al médico le correspondía realizar una valoración médica, utilizando la historia clínica como elemento fundamental pero también mediante parámetros bioquímicos que servían como base para el monitoreo de enfermedad metabólica. La nutrióloga diseñaba un plan de alimentos de manera personalizada considerando los parámetros bioquímicos, aunque la mayoría de los casos sugería una dieta hipocalórica, baja en grasa saturada y azúcares, puesto que la población tenía un problema de sobrepeso además de un perfil de lípidos alterados. La psicóloga trabajaba con el componente conductual mediante talleres motivacionales, así como manejo individual donde trabajaba sobre los posibles obstáculos para la implementación de la dieta, los talleres se implementaban una vez al mes en forma grupal, el enfoque de los talleres derivaba del modelo de riesgos y beneficios en salud que favorecieran el apego al tratamiento.

Se reunían semanalmente para analizar los casos que estaban representando problemas en la adopción de la dieta, así como para realizar una evaluación de su desempeño, conjuntamente reportaban al coordinador de proyecto el estado general de éste, también el

investigador principal se reunía cada tres meses con todo el equipo donde de manera puntual se presentaban los avances del proyecto.

Cuando los entrevisté, el proyecto prácticamente había concluido, ya no estaban incorporando participantes y sólo estaban proporcionando seguimiento a las últimas mujeres que aún no concretaban el tratamiento. Esto me permitió que ellos tuvieran una visión global del desempeño de las mujeres con el tratamiento otorgado.

El médico basaba su diagnóstico en la historia clínica, además de la utilización de los parámetros bioquímicos los cuales le permitían en primera instancia identificar si la persona tenía o no problemas metabólicos y posteriormente proporcionar el seguimiento, también realizaba exploración física, toma de presión arterial y signos vitales. El protocolo no le permitía prescribir medicamentos, más bien se concentraba en el monitoreo a las participantes según los reportes del laboratorio, que se tomaban quincenalmente, resolvía dudas y cuestionamientos así como orientación sobre cuidados generales, en caso de que alguna participante estuviese descompensada y presentara algún problema que pusiera riesgo su salud se refería a hospitalización y causaba baja del proyecto.

En el caso de la nutrióloga se basaba en las mediciones corporales, de peso, estatura y encuestas dietéticas, donde evaluaba el consumo de alimentos, así como gustos y preferencias, identificamos que si bien se trató de considerar éstos fue complicado a la hora del diseño del plan alimentario y se minimizaron pues como refirieron las mujeres entrevistadas había alimentos que no les gustaban y aún así tenían que consumirlos. Se trató de estimularlas, ayudándolas a modificar o incorporar alimentos o comidas mediante diversos talleres. Estos consistieron en la elaboración de menús usando los equivalentes de alimentos y elaboración de platillos regionales adaptándolos a su plan alimentario, refiere que estas actividades eran muy dinámicas e interactivas, la participación de ellas era fundamental puesto que eran las mujeres quienes elaboran los menús según sus equivalentes, además realizaban propuestas de platillos donde disminuían el uso de aceite o azúcares. Se conformó un recetario con sugerencias para poder incorporarlos en la práctica. Sin embargo, no todas las mujeres participaron debido a que se éstos se ofrecían los días sábados y fueron

implementados en la fase final del proyecto, de nuestras informantes solo Rosa acudió, las demás no concluyeron el tratamiento y no participaron.

Las dificultades que apreciaba la nutrióloga fundamentalmente se daban en función de incorporar verduras a su alimentación, disminuir el uso de aceite y modificar la forma de preparación diferente a capeado o frito, así como el consumo la disminución de alimentos dulces o combinación de cereales refinados con grasa y azúcar, como pasteles, pan dulce, refresco, nieves, paletas, chocolates. Señalaba que el cambio de hábito se dificultaba porque las participantes estaban muy acostumbradas a consumir de esta manera sus alimentos. Otro de los problemas que identificó fue la dificultad para entender las equivalencias; método nutricional para garantizar la variedad en el consumo de alimentos, sin embargo refiere que en aquellas que acudían a sus citas podían despejarse las dudas, logrando comprender y manejar del plan alimentario mediante esta metodología.

La nutrióloga identificaba, al igual que las participantes, que el plan alimentario incorporaba un gasto extra en la economía de éstas. Ella señalaba que en parte tenían razón puesto que el consumo de alimentos era muy monótono, identificó algunas dietas que consistían en pan, tortilla, frijoles, crema, salsas y café o refresco, por tanto la compra de verduras y frutas evidentemente sí incrementaba el gasto monetario. Por otro lado, también identificó que las participantes consumían alimentos densamente calóricos por “practicidad”, muchas de ellas que tenía que trabajar no tenían tiempo suficiente para la elaboración de comida por lo que la compra de comida rápida solucionaba el problema.

Reconoció una dificultad para modificar e implementar una dieta adecuada, no obstante apuntaba que las participantes que realmente siguieron el tratamiento consiguieron no solo perder peso corporal sino también identificar los beneficios de la dieta en su vida; se organizaban para las compras de alimentos, planeaban con anticipación los menús, cocinaban y disminuyeron la compra de comida rápida, también lograron aprender a balancear sus menús, aún cuando realizaban sus comidas fuera de casa en algún restaurante.

Mencionaba que hubo participantes que mediante un esfuerzo, convencimiento y apego estricto al régimen dietético perdieron hasta 18 kilos de peso pero otras simplemente no lo consiguieron, reconocían que se les complicaba, señalaba que “ponían muchos pretextos” y finalmente desertaban.

En el caso de la psicóloga, interactuaba a otros niveles, ya que tocaba temas más personales y emotivos como la situación de pareja, la violencia y trabajaba específicamente en la autoestima, la seguridad y los cuidados de sí mismas, así como la importancia de la salud. Estos temas los incorporaba en los talleres, además realizaba trabajo individualizado donde hablaba con las mujeres sobre las barreras y dificultades para apegarse al tratamiento. Las mujeres que entrevistamos sentían que este componente era muy beneficioso, se identificaban y les gustaba.

La psicóloga consideraba que la mayoría de las mujeres participantes del proyecto tenían problemas psicológicos que mermaban su autoestima, encontraba que muchas de estas mujeres se habían limitado a cuidar a los demás dejando de lado sus propias vidas. Encontró también que algunas mujeres estaban iniciando con el periodo de menopausia y estaban transitando con cambios emocionales fuertes.

Desde su perspectiva señalaba que las mujeres que más se apegaron al tratamiento fueron aquellas que tenían ya un problema fuerte de salud y éstas, generalmente, eran mujeres mayores de edad. Encontró que las jóvenes no se adherían tanto al tratamiento puesto que no había “algo” de peso que las alentara. También refiere que identificó que las mujeres de menos ingresos fueron las que más se apegaron al tratamiento puesto que lo veían como una oportunidad en términos de que el tratamiento era gratuito y que por su cuenta sería difícil de sufragar. Por otro lado también refiere que el cambio de hábitos se dio en aquellas participantes que estaban convencidas de querer hacerlo, en el acompañamiento menciona que varias de ellas se “empoderaron” y hubo un caso donde una de las participantes hasta se divorció y otras emprendieron negocios propios.

En términos de la efectividad del tratamiento identificamos, en el caso del médico, al finalizar éste señalaba que a pesar de que algunos casos las mujeres no perdían el peso corporal que se buscaba sí encontraban de manera indirecta efectos del régimen pues los niveles de lípidos, glucosa o presión arterial de la mayoría se habían modificado presentando una disminución, lo anterior indicaba transformaciones en la manera de comer de las participantes, para el médico estos resultados revelaban que el tratamiento había funcionado. En cambio para la nutrióloga el efecto del tratamiento no se suponía como adecuado debido a que muchas de ellas no lograban perder el peso programado, en el caso de nuestras informantes la nutrióloga consideraba que no se habían apegado a éste, solamente una de ellas había tenido una pérdida de peso considerable y apropiada, las demás no, porque no se evidenciaba en su peso. En el caso de la psicóloga, la efectividad del tratamiento no era tanto en términos de pérdida de peso, sino más bien imperaba la idea de que se había generado en las participantes cierta conciencia de cambio, lo importante era el auto reconocimiento el cual se trasladaría a procurar cuidados a su salud, una forma de “quererse”.

Encontramos una especie de incompreensión de parte del personal médico de la clínica ante el comportamiento alimentario de las mujeres. Esta incompreensión se revela cuando ellos refieren que algunas participantes no se apegan al régimen dietético a pesar de haber sido evidenciados “los males” o “riesgos” que conllevaba su conducta. Pueden tratar de explicarla de manera muy somera reconociendo atribuciones a cuestiones culturales y estructurales, sin embargo, éstas no se profundizan y más bien se minimizan, por ejemplo cuando referían que debido al trabajo no tenían tiempo para cocinar o preparar alimentos, así como el costo económico que representaba para algunas la compra de otro tipo de alimentos, si bien se reconocían estas dificultades, finalmente se pensaba que dependía de ellas optar por el cambio y enfrentar los obstáculos.

En este sentido identificamos que se traslada la responsabilidad de su salud y su alimentación a las participantes, además de culpabilizarlas de su situación: “*no quieren cambiar, no hacen un esfuerzo, ponen muchos pretextos, no están convencidas, no tienen disciplina, no les importa*”. Desde la perspectiva de los clínicos de los efectos del tratamiento tiene que verse reflejados en la disminución del peso corporal, éste se verifica a través de la báscula y

también se recurre a los parámetros bioquímicos. Cuando no se logra la pérdida o disminución de estos se les cuestiona, una forma en la que se culpa de su situación. Desde la mirada nutricional, como ya mencioné, se consideró que solo una de nuestras informantes logró la pérdida de peso esperado, en las otras se minimizó su esfuerzo, aunque los parámetros bioquímicos sí evidenciaron un impacto de modificaciones en la dieta y este elemento fue considerado para las mujeres como un logro, no así para la nutrióloga. En el caso de nuestras informantes, prácticamente todas dejaron de asistir, no concluyeron el tratamiento porque no lograron la pérdida de peso esperada, se sentían evaluadas e incriminadas por no apegarse al régimen dietético.

Participantes de la clínica

Nosotros contactamos a estas mujeres después de que todas ellas habían concluido su tratamiento en el estudio. Logramos este acercamiento gracias a una compañera nutrióloga involucrada en el proyecto quien a su vez nos presentó a la psicóloga responsable del tratamiento conductual. Ésta nos proporcionó un listado de 15 posibles candidatas y fueron seleccionadas por haber tenido buena participación en el proyecto, con un promedio de 42 años de edad, se consideraba que todas tenían cierta problemática con su manera de comer. Del listado inicial solo 5 respondieron a nuestra invitación: Valeria, Yara, Andrea, Juliana y Rosa. A continuación presentamos los relatos biográficos de cada una de ellas, el orden de aparición obedece a la edad.

Juliana

Es una mujer de 62 años de edad, de complexión gruesa, con exceso de peso que le impide caminar por lo cual utiliza bastón. Es de estatura baja, mide 1.52 metros y pesa 100 kilos. Menciona que se ha encorvado en los últimos años, porque recuerda que tenía una estatura mayor. De tez clara, sus facciones se ven gruesas por la obesidad, el cabello se denota canoso, corto, a la altura de las orejas y pegado a la cabeza, su apariencia parece más la de un hombre, viste pantalón, camisas holgada y suelta, zapato tipo tenis. No usa maquillaje, ni joyería. Se nota un tanto descuidada en su arreglo personal, que ella misma reconoce.

Su carácter parece reservado, pero una vez establecido el acercamiento es más locuaz, su conversación es pausada, extensa, hace referencia a sus vivencias con mucha profundidad. Se encontraba deprimida, hacía una reflexión sobre su vida y no le gustaba, mostraba su enojo y frustración al hacer una especie de evaluación de su existencia.

Es originaria del Distrito Federal y estudió hasta el cuarto semestre de la licenciatura en biología de la UNAM pero no terminó. Nunca se casó ni tampoco estableció alguna relación amorosa, de lo cual se arrepiente pues se siente sola y molesta con su situación actual.

Llegó a vivir a Cuernavaca hace 20 años donde tenían una propiedad que fue adquirida por su padre, quien construyó una casa habitación y un par de accesorias. Su padre tenía varias empresas; primero administró un taller mecánico, después una refaccionaria, posteriormente instaló una farmacia y finalmente una papelería. De estos negocios, actualmente sólo cuentan con la papelería que se quedó bajo la administración de una de las hermanas en el D.F. y otra papelería en Cuernavaca, donde labora y obtiene sus ingresos actuales.

Su madre se dedicaba al hogar, actualmente vive con ella y una de sus hermanas que es madre soltera y tiene un hijo adolescente. Su padre murió hace 15 años después de varios años de padecer várices esofágicas, su muerte fue un suceso muy duro para Juliana, porque según refiere, sólo sentía que él la quería y comprendía. Su relación con su madre es muy mala, señala que nunca se sintió querida por ésta, a pesar de que ayudó a los cuidados de sus hermanas menores, siente que siempre ha existido una preferencia por las demás hermanas y un rechazo hacia ella.

Sus ingresos actuales son muy bajos, ya que cuando llegaron a Cuernavaca abrieron una tlapalería pero el negocio fracasó, posteriormente instalaron una papelería que es con la que actualmente se mantienen, además de la renta de dos accesorias, sin embargo, éstas son negocios de su hermana. Refiere tener conflictos por la cuestión económica, su hermana le paga doscientos pesos al mes y no le alcanza para sus gastos personales, otra hermana le ayuda con vales de despensa. Hace un año trabajó en una veterinaria pero no continuó por

problemas con el dueño. Tiene 5 perros, los cuales alimenta y cuida, considera que estos son importantes y fundamentales en su vida.

Experiencia de su malestar alimentario

Empieza a reparar en su manera de comer, el cual de manera indirecta hace mella en su estado físico, éste empieza a deteriorarse dado la obesidad que presenta. Recuerda que cuando llegó a la ciudad pesaba 90 kilos, menciona que nunca fue delgada pero que a pesar del peso se sentía bien, en estos últimos años se ha dado un incremento que ha mermado su desempeño físico y anímico.

Hace referencia a dificultades para caminar, moverse y hasta bañarse, “me he vuelto muy lenta”, se tarda tres horas en bañarse cuando antes tardaba una hora, además del aseo personal en el baño también lava su ropa. Por otro lado, menciona que padece de hipertensión, tiene problemas con la retención de líquido, mala circulación, sus pies y piernas se le hincharon y se mancharon. Siente que su estado de salud está mermado por el exceso de peso que tiene que ver con su manera de comer.

“...la hipertensión, ya tiene dos meses que se me estaba acumulando líquidos muy hinchada y oscureciendo mi piel, además tengo varices, pero no me las han tratado bueno tal vez porque es más problemático la hipertensión, incluso un médico me llegó a decir cómo ha habido cambios con frecuencia cada año cambian, me llegó a decir, tengo seguro popular, me dijo eso no lo cubre el seguro popular bueno ya no insistí, no tengo más problema, entonces ya será después, entonces tal vez por la hipertensión o no sé, como tampoco tomábamos mucho agua tal vez ni medio litro ni uno, me estaba afectando entonces ya por dos meses se me estaban inflamando mucho las piernas y además se estaban oscureciendo de aquí hasta abajo y mi familia estaba bien asustada: “oye has de ir al doctor que te de algo”, apenas deje pasar un mes y ya les dije: me dio Furosemida para eliminar el líquido pero ¡ah! pero lo del sobrepeso ya tiene más como de 6 años que me molestan mucho las rodillas, mucho, mucho, mucho...”

A pesar de que Juliana comentaba que nunca había sentido un malestar con su alimentación, no obstante hasta hace unos cinco años que su problemas de salud eran más evidentes, reparó en una probable modificación de su alimentación, esta idea no se había puesto en práctica, pues observamos que su primera experiencia al tratar de implementa un régimen

dietético fue en la Clínica. Encontramos que no ha realizado ninguna dieta para bajar de peso en toda su vida.

Identificamos que la representación de su imagen corporal no tiene cabida para incomodarla. Ella es una de las informantes donde podemos evidenciar que no hay un malestar con el peso corporal ni con la manera de comer. Se consideraba de buen cuerpo, menciona que nunca tuvo problemas para atraer a los hombres, se dice era atractiva. Podemos observar que su referente de belleza difiere de la actual, confrontando el peso mínimo que registró fue de 70 kilos, en términos nutricionales tenía sobrepeso, sin embargo esto no resultaba problemático por lo que nunca buscó modificar su imagen y mucho menos pensó en disminuir su consumo de alimentos.

“...pues estaba delgada, creo que mi cara, creo que me gustaba todo mi cuerpo, si me gustaba todo mi cuerpo, de joven sí, bueno a pesar de que nunca me maquillo no tuve problema para, quiero decir, digamos para que le gustara a un muchacho ¿no?, creo más bien fue mi forma de ser, de ser muy tímida, muy insegura, creo que sí, este, creo que me cerré a esas relaciones...”

Encontramos que el “posible malestar alimentario” se gesta cuando trata de implementar un régimen dietético dentro del tratamiento propuesto por la clínica, sabe que tiene y que debe perder peso corporal, el cual está afectando su movilidad y repercutiendo en su salud. A pesar de que hace poco tiempo comenzó con problemas de salud no había hecho algo concreto para modificar su manera de comer. Dice disfrutar la comida, ella no cocina pero consume lo que hay en casa, su madre y hermana son las encargadas de preparar los alimentos. Hace referencia que su madre tiene “buen sazón” puesto que en su juventud trabajó en un restaurante y sabe cocinar muy bien.

La decisión de “ponerse a dieta” se relaciona de manera directa con su problemática de salud y su percepción sobre su agilidad, no obstante observamos que el régimen dietético implementado por el proyecto tampoco la hace “obsesionarse” por éste, motivo por el cual, planteamos arriba, como posible malestar alimentario.

Problemas asociados a su manera de comer

Juliana consideraba ser una persona de buen comer, disfrutaba de los alimentos, fundamentalmente por la sazón de su madre. En su infancia comía bien, sin excesos pero siempre había comida en casa, además su madre que se dedicaba de tiempo completo al hogar también se esmeraba en la preparación de éstos.

En su adolescencia y vida adulta no tiene recuerdos específicos que impactaran sobre su alimentación. Identificamos algunas situaciones de cambio con su manera de comer cuando decidió venir a vivir a Cuernavaca, se dan en parte porque la comida que se prepara en casa la continúa cocinando la mamá, no obstante ésta se ha adaptado a un menú para controlar la diabetes, enfermedad que padece la madre. En teoría se preparaban más verduras, había disponibles frutas y alimentos bajos en azúcar. Podríamos pensar que esto afectaría la manera de comer de Juliana, sin embargo es en este periodo donde se da un incremento de peso.

No comparte los alimentos a la hora que su madre, hermana y sobrino las realizan, come sola, tiene horarios diferentes, aunque no se cocina, consume lo que le gusta, ya sea en la tienda o en su habitación. Encontramos que no solo come lo que se prepara en casa sino también consume otro tipo de alimentos que hay disponibles en la papelería, particularmente refresco, frituras y alimentos dulces.

Por otro lado, menciona que a pesar de que en teoría hay una dieta sana en casa, ella come otro tipo de cosas, en parte por gusto y porque no ha desarrollado diabetes, pareciera que ésta condición sería de suficiente peso para modificar su dieta, pero como no tiene este problema su dieta no ha cambiado, las otras circunstancias que estaban afectando su salud no han sido motivo suficiente para hacer mella en su manera de comer.

“... todas las mañanas mi mama hace jugos variados, mi mama hace de fruta, manzana, mandarina, no tanto la naranja porque dice que está muy dulce bueno, papaya que tampoco comen tanta, un jugo variado, este, en ayunas y no faltan los frijoles tampoco, un pollo deshebrado con huevo, chilito picado o salsa o el guisado de un día anterior, hoy fueron papas y las cascaritas fritas, perdón más bien hervidas porque llevan epazote, sin chile porque luego también tienen gastritis o a veces también yo, frijoles, lentejas, se hace arroz, otro tipo de pasta casi no, fideo seco en ocasiones, eh, leche, pollo regularmente, poco la de res o de cerdo en domingo que llegan los sobrinos que es lo que más les gusta, porque pollo es todos los días también

en su casa, lo más económico, pues ya no lo quiere y ahí de esa forma se compra pero no con frecuencia ...sobre todo en caldo a veces mi mamá lo hace con verdura, sopa de verdura y pollo deshebrado y con eso de que se come verdura, se usa la verdura para consumirla más...y será por el frío pero, a pesar de que me gusta la fruta que luego hay, manzana o me gusta la zanahoria, como le gusta mucho a mi mamá no la estoy consumiendo y ahí está, yo no la como y ahí está...”

Realiza un desayuno ligero que consiste en pan, leche y café, posteriormente hace un almuerzo que incluye un guisado que acompaña con pan o tortilla, también acostumbra tomar jugos de fruta natural, para la comida se lleva lo que prepararon en su casa, ésta la realiza en la papelería, por la noche cena en su habitación lo que hay en casa.

En su discurso encontramos que la cantidad de alimento que consume es abundante, por ejemplo habla de comer frijoles pero éstos son los que caben en una sartén, es decir, no utiliza un plato convencional sino que su porción corresponde a la medida de otro utensilio de cocina mayor: *puedo acabarme yo sola los frijoles que caben en una sartén*, guarda comida para comerla a solas, *cuando hacen arroz con leche, o pastel me guardo y después me los como yo sola, me da pena que me vean comer*. Menciona que come sin tener hambre y varias veces ha estado a punto de ahogarse con el bocado en la boca porque se queda dormida. Esta experiencia fue fundamental para decidir asistir al proyecto.

“...pero a veces es más el levantarme porque me da sueño, es más creo que en ocasiones me he llegado a dormir, eso me pasó hace como 5, 6 años, que cené, todavía no estaban mi hermana aquí, cené mucho, dormité y desperté y tenía el bocado en la [boca], me pongo a ver la televisión solita, tenía el bocado, ¡me hubiese ahogado! luego leí también eso de cómo se atragantan, dije que bruta, me dormí con el bocado en la boca, me llegó a pasar ya casi no pero el susto ¿no?...”

Podemos identificar por otro lado que no repara en la cantidad de alimento que está consumiendo, más bien la problemática que está a flor de piel es su situación conflictiva con su madre, sus frustraciones, su bajos ingresos, su soledad, aislamiento y su edad que repercuten en su estado anímico.

Formas de resolver la situación problemática

Trató de resolver el problema de la obesidad mediante el tratamiento que proponía la clínica, anterior a esto no refiere haber buscado perder peso corporal mediante la implementación de

alguna dieta, más bien consideraba que el sobrepeso le favorecía, pues identificaba beneficios en términos de fortaleza. Relata un suceso en el metro donde gracias a su corpulencia consiguió abrirse camino entre la gente.

Antes del grupo refiere haber pensado en asistir a un grupo de comedores compulsivos, pero esto fue sólo una idea que nunca concretó. Recuerda que una vez escuchó en la radio un promocional de la agrupación, en ese momento pensó que sería bueno ir, pero no pasó de una mera idea. Dos meses después, también en la radio se enteró de la invitación del proyecto, en éste sí decidió involucrarse.

Realizó sus estudios de laboratorio correspondientes, fue aceptada y comenzó con el tratamiento de la clínica, estuvo involucrada aproximadamente mes y medio.

Evaluación de los resultados obtenidos en cada estrategia

El tratamiento propuesto por la clínica no le funcionó, menciona que no entendió la explicación de la nutrióloga y por tanto no pudo implementar la dieta, se confundía con las porciones y las equivalencias, además de que se confrontaba con su falta de costumbre en la cocina. Intentado realizar el plan la primera semana, no obstante sincerándose conmigo me comentó que simplemente no lo hizo, no pudo porque se le olvidaba, cuando estaba comiendo se acordaba que tenía que hacer la dieta, entonces se proponía iniciar al día siguiente.

Al mes regresó a la clínica para seguimiento y se sintió muy incómoda porque no había perdido peso y se le cuestionaba los motivos. El control médico tampoco mostró cambios en sus pruebas de laboratorio. Asistió sólo a un taller motivacional y en teoría salió muy animada y con intención de realizar su dieta, no obstante no consiguió implementarla.

Narraba sentirse mal porque se daba cuenta de que “no respondía” al tratamiento, sentía que simplemente no podía, nosotros identificamos apatía y desinterés, por lo que decidió ya no acudir al seguimiento, mencionaba que empezó a poner muchos pretextos para no seguir: primero que no tenía dinero para transportarse a la clínica, segundo problemas por dejar cerrado el negocio lo cual provocaba se incrementara el conflicto con su madre y hermana y

finalmente dificultades para involucrarse en la cocina, comprar y preparar sus propios alimentos.

Cuando la contacté, ya habían transcurrido casi nueve meses y ella hacía una reflexión sobre los motivos por los cuales no se interesó en el tratamiento y mencionaba que posiblemente su estado anímico no había ayudado, nosotros percibimos en las entrevistas que se encontraba en un estado depresivo fuerte, no obstante no tenemos elementos clínicos para referir un diagnóstico que avale nuestra apreciación.

“...yo a veces he estado deprimida, no hace tiempo que perdí una mascota, de plano no me interesaba nada, sentada, ni hambre me daba, ni comía ni nada, ahí sí, te digo y ahora es al revés estoy comiendo...pero a la vez siento que no me interesa nada a pesar de que digo que me preocupan mis mascotas, pues nada más por ellas, luego me pongo a pensar que les pasará si, si me llego a morir, le tengo miedo a la muerte... pues no he hecho nada de mi vida...”

Andrea

Es una mujer de 51 años de edad, de complexión gruesa, se observa cierta gordura en su espalda, brazos, abdomen y piernas, pesa 89 kilos, de estatura mediana, mide 1.58 metros, sus facciones son un tanto ligeras pero se pierden en su cara redonda y mejillas abultadas. Es de carácter jovial, se nota muy animada y activa. Se esmera en su arreglo personal, trae cabello corto, teñido y peinado de salón, se maquilla la cara, usa base, rubor, las cejas y ojos delineados de manera sutil, usa joyería sencilla de oro florentino. Viste con ropa de marca, se nota en su bolso y su vestimenta, de corte formal de acuerdo a su edad pero a la vanguardia.

Es originaria de la ciudad de Cuernavaca, la quinta de siete hermanos. Su padre era mecánico y su madre ama de casa. Menciona cierta problemática en la infancia debido a problemas de alcoholismo de su padre y mala comunicación con su madre. Dice no tener muy buenos recuerdos de su infancia porque la relación de sus padres no era muy buena, sus recuerdos son de pleitos entre sus padres por el dinero y la situación del alcoholismo del padre, aunque ésta no era severa. Menciona que siempre se ha llevado bien sólo con una de sus hermanas, con el resto existe mucho desapego producto de la frialdad y problemática entre sus padres. Su relación con su madre ha sido conflictiva, sobre todo actualmente porque

interfiere mucho en sus vidas. Señala haber sufrido maltrato y que esta situación les afectó a todos sus hermanos.

En relación con su nacimiento, su madre tuvo complicaciones durante su embarazo y se cuestionaba continuar con él, un brujo le dijo que estaba embrujada y que tenía que perder el producto, le dio un brebaje el cual decidió no consumir y continuar con el embarazo. Nació muy pequeña y también fue muy enfermiza, aunque no refiere problemas de salud en su infancia y adolescencia menciona que hace 23 años le detectaron una arritmia cardíaca. Menciona que proviene de familia con tendencia a la obesidad, su madre y su padre eran muy gordos, sus hermanos también lo son. El padre murió de diabetes y la madre aún vive y padece de osteoporosis.

Estudió pedagogía en la UNAM y trabajó en la SEP varios años en el departamento de evaluación de programas de estudio. Se casó hace 23 años y después de que nació su segunda hija dejó de trabajar porque empezó a complicarse los cuidados de éstas, además de que su esposo encontró trabajo en una constructora en Toluca por lo que tuvieron que cambiar de residencia. En esta época él abrió una pequeña empresa de construcción y mantenimiento que ella administraba. Sin embargo cuando su esposo se quedó sin empleo es él quien tomó la administración del negocio y ella se dedicaba de tiempo completo al hogar.

Hace 10 años regresaron a vivir a Cuernavaca porque encontraron la posibilidad de ampliar y continuar con el negocio de mantenimiento residencial que ya no estaba funcionando en Toluca. Sus hijas están cursando estudios universitarios, la mayor está por concluir y con planes de continuar estudiando en otro país.

Experiencia de su malestar alimentario

No se consideraba gorda en su infancia ni adolescencia, comenzó con problemas de sobrepeso cuando se embarazó de su primera hija, subió 20 kilos y quedó con un peso de 70, posteriormente después de que nace su segunda hija registró un peso de 80. Hace referencia

que el peso que registraba antes de los embarazos era de 60, posteriormente su peso ha oscilado entre los 80 y 85, no obstante al momento de la entrevista estaba pesando 89 kilos.

Observamos que es la única de las entrevistadas que tiene un registro de su peso, en parte porque la consulta médica es frecuente dado que es mediante esta vía que controla su problema de arritmia cardiaca.

“...yo pesaba 60 y subí, creo que como 20 kilos y me quedé, subí como 70, me quede como con 10 kilos, después de que nació mi hija. Si le di leche, que porque así bajaba uno más rápido pero no, si y ni así oye, ya ves que te dicen que des leche que no sé qué, que con la leche vas a recuperar tu peso, pues yo no, no recupere mi peso, si hubiera tenido 5 yo creo que hubiera pesado el doble...con mi segunda hija yo creo que si como 10, 12 kilos, pesaba 80, me acuerdo que la última vez que fui al doctor pese 80...”

Es desde esta época que empezó la inconformidad por su imagen corporal, esta situación la llevó a buscar modificarla mediante el régimen dietético, aunque también utilizó otros recursos como la actividad física de manera más persistente que el régimen como la asistencia al gimnasio donde tomaba clases de aerobics y Pilates.

Cuando empezó con la actividad física, lo hacía tres veces por semana, aprovechaba que sus hijas se iban al colegio, en esta época consiguió pesar 75 kilos, además lo asociaba a que estaba más activa porque administraba el negocio en Toluca. No obstante cuando lo dejó y a pesar de continuar con sus clases de aerobics subió 5 kilos.

Empezó a sentir un malestar de su imagen corporal mayor, particularmente cuando dejó de trabajar en el negocio y quedó relegada al trabajo doméstico. Sintió mucho que su esposo la desplazara de la administración de la constructora, es en este tiempo que incrementó de peso y comenzó sentirse mal por esa razón

“...siempre he ido al ejercicio pero antes, este, yo a veces le ayudaba a mi esposo en lo de la construcción pero como él se quedó sin trabajo pues la que me quedé sin trabajo fui yo, porque ahora él hace todo lo que yo hacía...”

Anhelaba perder peso, “regresar al menos a 70 kilos”, no le gustaba sentir la sensación de apretura, se sentía incomoda. Trataba de buscar ropa que no la hiciera ver tan gorda, menciona que se desalentaba cada vez que se realizaba sus chequeos médicos y la pesaban,

entonces se proponía a bajar de peso, identificamos que no es mediante el régimen dietético sino más bien incorporando actividad física en su rutina diaria.

Primero tomaba clases de aerobics, después intentaba caminar por las mañanas, posteriormente se inscribió a una clase de Pilates, finalmente y aún actualmente asiste a una especie de gimnasio personalizado donde trabaja algunas partes del cuerpo con aparatos para modelar la figura, es esta época fue donde intentó también “ponerse a dieta” mediante el tratamiento que ofrecía la Clínica.

Problemas asociados a su manera de comer

Tiene un gusto particular por los alimentos dulces, además de que considera que es muy comelona y está acostumbrada a comer alimentos “no sanos” con “mucho grasa”. Su mamá preparaba los alimentos de esta manera, cocinaba los alimentos capeándolos, además de que consumían de forma cotidiana pan dulce y pastel. Ella no puede salir en las mañanas sin antes tomar su leche y pan, pues así la acostumbraron, también recuerda que su papá los deleitaba con la compra de pasteles los fines de semana y ella agarró por costumbre comerlos de igual manera.

“...sí, haz de cuenta que me levanto y ya tengo hambre y me tengo, o sea, me tengo que tomar algo, o sea cuando voy a desayunar, haz de cuenta con una amiga, pues me tengo que tomar mi leche o algo porque yo esperarme hasta las 10 de la mañana no, no aguanto, siempre me acostumbraron así, a comer algo desde temprano, mi pan y mi leche...me acuerdo que mi papá, siempre, a veces nos compraba un pastel de avellana que vendían en una pastelería que todavía existe pero creo que ya no hacen ese pastel que era de avellana, como me gustaba ese pastel... si por los dulces me encanta lo dulce, el pan, los pasteles, de ahí era...”

Por otro lado, asocia su problemática de sobrepeso a su herencia, sus padres eran gorditos y a pesar de que ella considera que en su infancia y adolescencia no lo fue, después de sus embarazos ésta se hace evidente. Encuentra concordancias entre la tendencia familiar al sobrepeso y sus hábitos alimentarios.

En su casa no había abundancia de alimentos pero siempre había suficiente, recuerda que su madre se esmeraba en la preparación de éstos, se consumían guisado y no siempre pero si

con frecuencia había postre. Cuando se casó a su esposo también es del mismo estilo, le gusta el mismo estilo de comidas.

Se lograba mantener en peso cuando trabajaba, pero cuando lo dejó comenzó a incrementar de peso, asociaba éste suceso a que estaba más tiempo en casa, esto favorecía que estuviese constantemente comiendo.

Cuando regresaron a vivir a Cuernavaca nuevamente aumentó de peso, se sentía desalentada, un poco deprimida, refiere que extrañaba su vida en Toluca, que no le gustaba el calor pues le daba mucha sed e identificó que comenzó a tomar más refresco del que acostumbraba.

“... ajá, como que me quede con ese peso y por ejemplo en esa época no tomaba refrescos, siempre agua, agua...pues aquí como hace mucho calor empecé a tomar coca porque me sentía así como desganada y como que eso me hizo subir de peso, el refresco...”

Formas de resolver la situación problemática

No recurre con frecuencia al régimen dietético para manejar su inconformidad en su imagen corporal, en su historia solo refiere dos veces que ha tratado de implementar dieta. Identificamos que utiliza el recurso de la actividad física para confrontar su problemática corporal.

En su estancia en Toluca acudía a diversas clases que le ayudaban a perder peso o al menos se mantenía. Tomaba clases de aerobics, además de que la administración del negocio la hacía sentir “más activa”, cuando dejó el trabajo se desanimó, menciona que seguía con sus clases de aerobics y a veces salía en las tardes a caminar.

A su llegada a Cuernavaca trató de realizar una dieta que fue sugerida por su hermana, era un plan de alimentos que le había prescrito una nutrióloga en un hospital para bajar de peso, trató de implementarla pero no lo consiguió, posteriormente comenta que trató de tomar unas pastillas de origen naturista para ayudar a “quemar grasa” las estuvo tomando un par de semanas pero no logró perder peso.

Tardó varios meses en nuevamente incorporar actividad física en su rutina y se inscribió a un curso de Pilates, estuvo un par de años y luego lo dejó. Posteriormente se inscribió a un gimnasio donde realizaba ejercicios encaminados a formar el cuerpo y distribuir “correctamente la grasa”, aunque lo deja por unos meses continúa con esta actividad.

“... dejé de ir porque era muy tarde la clase, la clase de Pilates era a las 11 como que luego uno tiene muchas actividades aunque sea ama de casa, pues luego tengo muchas cosas que hacer, me tenía que esperar hasta las 11 y luego salía a las 12 y me iba a lo que tenía que hacer y tenía que andar en pants y no me gusta...ahora estoy en el, lo que se llama CURVES, es este como un circuito donde hay aparatos de para...un ejercicio un aparato y hay una tablita donde hace uno ejercicio y pues ahí voy casi diario, del ejercicio, aquí ahorita voy a como 8 meses...”

Finalmente escuchó la invitación en la radio del proyecto, su hija mayor la incitó a asistir, se animó y comenzó a implementar su plan alimentario por ocho meses, particularmente porque también comenzaba a sentirse mal de salud.

“...me sentía como cansada, como este, que se me dormían las manos, ahora ya un poco, pon que ahora se me duermen los dedos nada más, pero antes se me dormían hasta acá todo el brazo, si siento que he tenido mejoría pero se me complicó con mi menopausia...”

Evaluación de los resultados obtenidos en cada estrategia

Andrea siente que lo que más le funciona es la actividad física y a tratado de implementarla desde que aumentó de peso, empezó con sus clases de aerobics tres veces por semana, refiere que no logró llegar al peso que tenía antes de sus embarazos pero se sentía bien, no obstante tuvo que dejarlo por su cambio de residencia. También en esta época salía a caminar por las tardes pero esta actividad no era tan frecuente pues el clima no lo permitía.

Posteriormente en Cuernavaca se inscribió a unas clases de Pilates que tomaba de igual manera tres veces por semana por las mañanas, estuvo en éstas menos de un año, argumentaba que no lograba organizarse pues se impartían a las 12 del día impidiendo que concluyera sus actividades en casa, el horario de clase no era muy favorable.

Cuando trató de hacer la dieta que su hermana le pasó, sentía que era muy poca comida, recuerda que intentó hacerla y bajó muy poquito de peso, motivo por el cual se desalentó y la

dejó. Con las pastillas naturistas tampoco tuvo resultados positivos, menciona que las estuvo consumiendo casi un mes pero no sintió que le ayudaran.

El tratamiento que le proponía la clínica le gustaba, pero tenía dificultades para entender las porciones y equivalencias, sentía que a veces era mucha comida y otras se queda con hambre. Encontraba una dificultad para incorporar el consumo de verduras, refiere que le daba flojera solo pensar en prepararlas, se desesperaba comiéndolas, “me sentía como vaca”. Identifica que un beneficio del plan fue que consiguió consumir más fruta, pero esto representaba un problema porque la nutrióloga le restringía las porciones de fruta y le sugería incluir verduras, algo que no conseguía.

“...tengo que hacer muchas ensaladas y me da flojera, es que no me gustan yo creo que es eso, porque has de cuenta la fruta sí, porque es dulce entonces voy y compro mis frutas, también compro verduras, pero compro la fruta y la lavo con gusto y todo eso y las pongo en mi frutero y nada más voy y agarro, me toca a medio día una fruta y este y digo entre comidas y en la noche y en la mañana pero ya cuando... pero haz de cuenta desayuno y luego de colación me toca una manzana y una taza de verduras, la taza de verduras no me la como porque me da flojera, no me motiva, no me gusta entonces eso es luego estoy ahí y digo hay parezco vaca, ahí remoliendo porque no me gusta...”

Considera que seguir una dieta requiere mucha disciplina además de dinero, pues los alimentos que tiene que comprar según la sugerencia de la nutrióloga son más caros de los que ella compraba. Haciendo sus cuentas identificó que gastaba más en la compra de los alimentos en el periodo que estuvo a dieta, pues tenían que ser integrales, bajos en grasa o con características que incrementaban el costo.

Por otro lado identificaba que no tenía la disciplina para apegarse al régimen, pues la socialización con sus hijas y esposo le impedían hacerlo. Iba muy bien con su plan alimentario pero se fue de vacaciones y lo rompió, además identificaba que las salidas a comer fuera de casa eran frecuentes, resultando también en un impedimento para seguir la dieta. A este respecto ella prefería estas salidas ya que implicaba no tener que preocuparse por preparar comida ni limpiar. Encontramos que esta actividad no es tan placentera y resultaba en una responsabilidad que ya la había cansado.

“...es una lata, andar lavando trastes y pensando ¡qué voy a cocinar hoy!, a veces me gusta ser muy práctica...yo sí prefiero salir a comer fuera, porque a la hora de la hora

nadie quiere lavar trastes y la que tiene que guisar soy yo...mis hijas, si claro, sí me ayudan pero pues no es lo mismo, ahorita pues una ya se va becada, entonces como que pues ellas se han empeñado en el estudio y pues a mi toca hacer lo de la casa...”

Se identificó más con el control médico, menciona que le gustaba mucho el manejo médico del doctor, porque la sacaba de dudas, además de que sentía mayor aliento de su parte. El control nutricional no le agradaba, pues se le recriminaba de forma sutil porque parecía que no “hacía la dieta” lo cual se reflejaba en el peso. Andrea refiere que le costaba mucho trabajo implementarla y se desalentaba debido a que la pérdida era mínima. Durante los ocho meses que estuvo en el proyecto bajo 5 kilos pero después de dos meses ya los había recuperado, sin embargo considera que los efectos del tratamiento fueron positivos pues bajo sus niveles de colesterol y lípidos.

Rosa

Es una mujer de 57 años de edad, de estatura baja, mide 1.55 metros, se aprecia una complexión mediana, con un poco de sobrepeso particularmente acumulado en la espalda y abdomen, su peso es de 75 kilos, aunque se disimula con su vestimenta, usa blusas sueltas, pantalones cortos tipo pescador y calzado cómodo, tenis o huarache. De tez morena, cabello corto y oscuro que denota algunas canas. Su cara muestra leves líneas de expresión en el contorno de sus ojos, labios y cuello. No se nota un esmero en su arreglo físico, no se maquilla, ni hay un arreglo particular de las manos o pies, no usa joyería y su vestimenta es sencilla.

Se autodefine como una mujer solitaria, se considera como una persona con pocas habilidades sociales, menciona que no tiene amigas y prácticamente toda su vida ha estado limitada a su familia, refiere que su vida se *“ha ido con su marido e hijos”*.

Es originaria del Estado de Morelos, un poblado al sur conocido como Santa Rosa Treinta, ubicado a unos 40 minutos de la Ciudad de Cuernavaca. Es la menor de 7 hermanos. Sus padres se dedicaban al trabajo del campo, su padre era campesino y su madre ama de casa. Menciona que la situación económica en aquella época era precaria y existían muchas carencias de toda índole en su casa, refiere que debido a la situación sus hermanos mayores no estudiaron aunque a ella le fue mejor porque al menos fue a la escuela. Estudió la primaria

completa y posteriormente tomó un curso de confección de ropa que ofrecía el DIF en su comunidad pero no concluyó.

Se casó a los 18 años, procreó tres hijos, los dos primeros gemelos que tienen 38 años y una hija de 36. Actualmente todos están casados y vive sólo con su esposo. Ha trabajado al cuidado de una Quinta ubicada en la ciudad de Cuernavaca junto con su marido donde también viven desde que se casaron. Él se dedica al mantenimiento del lugar y ella como empleada doméstica, su trabajo consiste en realizar la limpieza de la residencia. Menciona que su vida es muy monótona, no sale ni se relaciona con otras personas, refiere no tener amistades o realizar alguna actividad diferente del trabajo, los fines de semana son días que tiene que estar en la Quinta debido a que incrementa el trabajo debido a que normalmente sus patrones llegan a vacacionar estos días.

Experiencia de su malestar alimentario

Encontramos que Rosa es una de las informantes que no expresa un malestar con su manera de comer. Ella refiere que la comida nunca ha sido un problema o más bien éste no se convierte en tal hasta la llegada a la Clínica.

Empezó a incrementar de peso después de su embarazo gemelar, pero esto no representaba una problemática o molestia para ella, después de su segundo embarazo se dio cuenta que no subió mucho pero se quedó “un poco gordita”, no obstante, no representaba un conflicto, hace referencia varias veces a que ella no se sentía mal “nunca me sentía que estuviese gorda”.

Después del tratamiento en la Clínica Rosa no comprendió del todo por qué ella había subido tanto de peso y su esposo no, mencionaba que comían lo mismo, no obstante su marido se ha mantenido delgado, mientras que ella sí ha engordado. A pesar de lo anterior, nunca buscó modificar su peso corporal mediante su manera de comer puesto que estas situaciones no resultaban realmente problemáticas, no obstante por recomendación de una de sus hermanas hace como 10 años se sometió a un tratamiento de acupuntura para “bajar de peso” que también incluía una dieta pero menciona que no la llevó a la práctica.

Cuando llega al proyecto es la primera vez que se adhiere a un plan de alimentación. Lo cumplió al pie de la letra y observó resultados positivos.

Problemas asociados a su manera de comer

En su infancia siempre existieron limitaciones económicas y que repercutían en su alimentación, ésta era muy monótona aunque nunca faltaron alimentos en casa, pues se consumían productos de las cosechas, además de que en esta zona del Estado se da algunos frutos tropicales como plátano, mango, papaya, sandía, jícama, que también eran consumidos, aunque sólo en determinada época del año. Lo que más se comía eran tortillas y frijoles, además de que se acostumbraba a cocinar con mucha manteca o aceite. Hacía mención al respecto porque después de su tratamiento en la Clínica se dio cuenta que ella cocina con mucho aceite y no tiene la costumbre de comer verduras crudas, sino más bien capeadas o guisadas, además de que el consumo de fruta era limitado.

“...antes comía con mucha grasa, pero no así como un alimento o comida en particular no, comía si las verduras pero en guisado no así como dicen sin mucho cocer, yo hacía pues, calabazas rellenas, los chiles por ejemplo capeados, también huanzontles, taquitos dorados, esas cosas, cocinaba con mucho aceite todas las verduras, y pues yo decía que sí comía verdura, jitomate diario en el guisado pero pues no es lo mismo ¿verdad?...”

Consumía mucha tortilla en cada tiempo de comida fuerte, pues realizaba su desayuno, éste era ligero, consiste en pan dulce y leche, después hacía un almuerzo, comida y cena, los cuales eran más pesados. Además menciona que consumía con frecuencia refresco y no tenía el hábito de tomar agua simple.

Por otro lado identificó que su exceso de peso se debe en gran parte y a diferencia de su esposo, a que ella es muy sedentaria. Ella sólo hace la limpieza en la casa mientras que su esposo está “más movido” porque le toca el mantenimiento no solo del jardín sino de toda la residencia.

“...porque yo así como que comiera mal yo digo que no, porque veo a mi marido y él es delgado, comemos lo mismo, entonces, si estuviera mal también estaría gordo, pero no la que engorda pues soy yo, él no, y comemos lo mismo...”

Encontramos que si bien Rosa no tiene una problemática con su manera de comer, es después del tratamiento en la Clínica que comienza con la idea de que su alimentación ha sido inadecuada, además de la importancia de la actividad física y los cuidados así misma.

Formas de resolver la situación problemática

Se sometió a un tratamiento de acupuntura para perder peso corporal por sugerencia de su hermana, hace aproximadamente 10 años. Este consistía en “engraparse” algunas partes del cuerpo, específicamente las orejas y cuello con semillas que en teoría favorecían incrementar el metabolismo e implicaba una pérdida de peso, además de que disminuía la ansiedad e inhibía el apetito. También se recomendaba seguir una especie de dieta, donde le sugería consumir más frutas y verduras, disminuir los alimentos procesados y enlatados, así como los productos de origen animal.

El tratamiento actuaba de manera “lenta” pero “segura”, tenía que ir cada quince días a que cambiaran los puntos de acupuntura, no registraban su peso, solamente los cambios de las semillas, además le hacían preguntas de cómo se sentía. Estuvo en seguimiento dos meses, después lo dejó.

“...sí me veía como las lonjas, eso sí no me gustaba y una vez no hace mucho mi hermana, no pues ya tendrá su tiempo como unos 10 años o menos, entonces sí, la más mayor que yo me dijo, bueno porque ella usó, fue y me invitó a los balines a aquí en todas las orejas, que bajó de peso y que se sentía muy bien, era una clínica en el centro, bueno había varias porque ya después yo vi varias, entonces fui porque ella me dijo, me invitaba y sí me los puse pero no sentí que hubiese bajado como ahora...”

Había participado en un proyecto también del Instituto de Salud Pública sobre fortificación de la tortilla donde le había dando un bono económico por su participación, así que cuando escuchó en la radio sobre el proyecto de la Clínica se acercó porque pensaba que también le retribuirían económicamente por la participación, a pesar de que no hubo tal, le gustó el tratamiento y se incorporó a éste.

“...fui por la presión, también, tenía la presión arterial alta, además pues pensé que también nos darían un dinero, pero éste [proyecto] fue diferente que el de la tortilla...”

Después de sus análisis de laboratorio ya en el proyecto de la Clínica resultó con problemas de colesterol, triglicéridos altos y tendencia a la presión alta, además de que tenía obesidad, pues registró un peso de 85 kilos.

Evaluación de los resultados obtenidos en cada estrategia

El tratamiento de acupuntura no le resultó, mencionaba que los “balines” no le gustaban porque le irritaban la piel, sólo estuvo dos meses o menos. Además de que no sentía que hubiese una pérdida de peso “mi ropa me quedaba igual”. La dieta que le sugirieron nunca la implementó, “tenía las hojas, pero la verdad es que nunca las seguí”.

Cuando se incorpora al tratamiento en la Clínica sigue al pie de la letra las instrucciones de la nutrióloga, aunque inicialmente no entendía bien cómo llevarla a cabo en su segunda sesión comprendió como debía hacer su dieta. En la Clínica le sugirieron que incorporara una actividad física y ella empezó a caminar por las tardes.

“...al principio sí me costó trabajo, porque como que no entendía bien, pero ya después sí como que le agarré ¿no? Ya como que no entendía y me explicó la nutrióloga, muy bien, si me confundía mucho pero pues sí, ya después le entendí...”

Estuvo nueve meses en el tratamiento, de 85 kilos que registró inicialmente logró una pérdida de 13, cuando la “dieron de alta” pesaba 72, dos meses después la entrevisté, me comentaba que ya había recuperado tres kilos, estaba pesando 75, pues había dejado de caminar y le estaba costando mucho trabajo seguir la dieta.

Físicamente no se sentía bien con la pérdida de peso, pues sus hermanas, sus hijos y familiares pensaban que ella estaba diabética. Refiere que “quedó muy aguada” sentía que tenía apariencia de enferma, creía verse muy demacrada, además de “avejentada”, “sentía que se me notaban más las arrugas”, sin embargo se alentaba pensando que había logrado disminuir sus niveles de “grasa en la sangre”, se sentía más ligera y con mayor facilidad para moverse. Encontramos que tenía sentimientos encontrados con la pérdida de peso, pero trataba de convencerse de los beneficios de ésta en su salud.

“...cuando bajé de peso, bajé como 12 o 13 kilos, pues yo me veía así como que todo me colgaba, hasta me decían: “qué te pasa Rosa, qué éstas enferma” y sí yo me veía así mi cara no que me colgaba no sé cómo que no me gustaba como había quedado, hasta mi panza, que pues si me bajó, me bajó mucho, pero como que ya me había acostumbrado ¿no? así como me veía, yo sentía que me veía bien, pues, yo nunca he sido de mucho arreglo, pero sí me llegaron a comentar, que sí estaba enferma pues porque me veía más flaca así como si me hubiera dado diabetes, ya ves que los que están así bajan mucho de peso y no pues fue la dieta...”

“...me siento desanimada, porque la gente me desanima me hacen sentir vieja, creo que me veo más grande, mis pantorrillas están más flacas, como que se me ven así las arrugas más que antes, pues como que todo me cuelga...”

Por otro lado, mencionaba que le hacía falta el seguimiento, requería de los talleres motivacionales, éstos le habían gustado mucho, pues le ayudaron a empezar a conocerse, además de que se sentía motivada a buscar realizar otro tipo de actividades y le permitían salir de su encierro en la Quinta. En este sentido identificamos cierta emancipación en Rosa, hasta el grado que comenzó a tener algunos conflictos con la autoridad y control que el esposo ejercía sobre ella.

“...luego me gustaba porque me ponían de ejemplo ahí con las otras señoras, entonces con la psicóloga, no que hay que arreglarse un poco, yo antes pues no mucho, y ahora pues sí trato de salir, aunque no tenga nada que hacer, extraño, sí extraño que se acabó porque pues si veía a otras señoras, yo siempre he estado en la Quinta, con mucho encierro, trabajando y pues sólo a Santa Rosa, no vamos así de paseo y pues iba allá, a la clínica y me gustaba, porque ya aprovechaba para pasar aquí o allá, entonces pues siento que resentí que se terminara, porque le digo hasta mi esposo empezó así como que “dónde ando”, “por qué tanto cambio”, pero yo sentía que me salía un rato de mi rutina y ahora que mis hijos ya se casaron como que mi esposo me tiene muy checada...”

Sin el apoyo de los talleres motivacionales y nutricionales no podía apegarse al plan de alimentos, se daba cuenta que era muy poca comida, se quedaba con hambre y se ponía de malas, además de que su esposo la “sonsacaba” invitándola a comer fuera, lo cual impedía seguir la dieta. Se sentía un poco desalentada por el incremento de tres kilos y comenzaba a angustiarse pensando en que sí no se cuidaba podría recuperar los 13 kilos que con tanto esfuerzo había conseguido perder.

“...la otra es que siento que no me lleno, nosotros estamos acostumbrados a sí a mucha tortilla, entonces ahora comer bien pocas, ¿no?, es muy poco, no sé cómo aguanté, yo creo que también fue la caminata de todos los días, y ahora pues ya lo dejé...ya no me siento que tengo, pues que ir y que vean que no seguí la indicación, ¿no? Yo creo que es eso...”

Valeria

Es una mujer de 32 años, de constitución un tanto robusta, se aprecia más alta de lo que realmente es, mide 1.46 metros y pesa 85 kilos, se muestra un excedente de peso que se acumula fundamentalmente en la cadera y las piernas, el talle es más espigado aunque se evidencia gordura en los brazos y senos. Su tono de piel es moreno claro, su cara es redonda, aunque sus facciones son más estilizadas que gruesas. Usa el cabello debajo de los hombros, teñido de un castaño oscuro con mechones color rubio y que recoge con unas pinzas. Se maquilla los ojos con delineador para el contorno aunque no usa rímel, sus cejas se encuentran depiladas de manera que enmarcan su rostro, por una línea delgada pero pronunciada.

Utiliza ropa confortable, particularmente deportiva, pantalón y blusas ajustadas al cuerpo, calza zapato tenis o guarache, aunque también utiliza faldas o shorts a la altura de la rodilla. No usa joyería y trata de arreglarse las uñas de manos y pies. Les da mucha importancia al cuidado de sus manos, considera que les debe dar mayor atención porque se maltratan mucho por el trabajo doméstico que realiza.

Su carácter es amigable y confiable, fue la única que me invitó a su casa para realizar las entrevistas, no obstante se encontraba un poco deprimida por su situación de pareja.

Nació en la Ciudad de Cuernavaca, aunque sus padres son originarios del Estado de México. Su madre falleció cuando ella tenía 15 años de cáncer en el hígado, recuerda que cuando la llevaron al médico ya tenía el cáncer diseminado. Su padre aún vive pero tienen una mala relación, menciona que éste mantuvo amoríos con varias mujeres cuando su madre vivía, además la golpeaba y maltrataba. Los abandonó cuando ella tenía siete años, por lo que la cuestión económica resultaba complicada, considera que su infancia fue muy traumática y sus recuerdos no son agradables. Es la mayor de tres hermanos, un hombre y una mujer, quien era la menor y murió hace cinco años por un problema de bronconeumonía.

Estudió la secundaria y no pudo concluir la preparatoria. Ha trabajado desde los 16 años como empleada en diversos establecimientos de servicios de forma eventual, laboró en una lavandería, en una tienda de zapatos, realizando trabajo de limpieza a domicilio, en una panadería y papelería.

Se casó hace 12 años, tiene dos hijos, una niña de 13 años y un niño de 9. Actualmente trabaja como empleada doméstica de planta en una Quinta y su esposo se emplea como jardinero, llevan 7 años laborando en este lugar, además dentro de la residencia hay un departamento donde les permiten vivir.

Actualmente, está separada de su esposo y en proceso de divorcio por una infidelidad de él. Señala además, que el conflicto se agravó porque su suegro la acosaba durante un tiempo y después descubrió que también acosó a su hija. Dice sentirse sola ya que cuenta nada más con su hermano y éste no le apoya. La separación del esposo implica dejar el trabajo en la Quinta y por consiguiente el lugar donde vive. A sus patrones les interesa tener una pareja para que desempeñen el trabajo en la Quinta, ella responsable de la limpieza y él como jardinero. Esta situación le ha afectado mucho, puesto que por un lado está la relación de pareja y por otro su situación económica se ve comprometida.

Experiencia de su malestar alimentario

No fue gorda en su infancia aunque tampoco era muy delgada, empezó a incrementar de peso cuando tenía 20 años, después de que se casó y tuvo a su hija, no se quedó con tanto peso, pero con su segundo embarazo sí, entonces comenzó a buscar opciones para perder peso corporal.

Sentía que su ropa no le quedaba, no le gustaba como se veía ni los cambios que se habían generado en su cuerpo, creía que con su sobrepeso dejaba de ser atractiva para su esposo, quien siempre le hacía comentarios al respecto. Comenzó haciendo dietas, éstas las obtenía de alguna revista o de algún programa de televisión, empezaba con mucho ánimo pero a la semana desistía de hacerla.

Cuando llegan a trabajar a la Quinta empiezan sus conflictos matrimoniales y siente que incrementa de peso, se sentía muy ansiosa, angustiada, casi no salía, se sentía muy encerrada, puesto que trabajaba y vivía en el mismo lugar, sus salidas eran esporádicas y consistían en ir a dejar a su hija a la escuela, aunque esta actividad la realizaba generalmente su esposo, ella se quedaba en casa al cuidado del niño y de la limpieza de la residencia, otra de las salidas era a realizar compras de víveres cada fin de semana y en ocasiones se omitían porque sus patronos les llevaban despensa.

A los cinco años de estar trabajando y viviendo en la quinta se encuentra sumamente deprimida, por un lado su hermana menor muere y su esposo comienza con algunas infidelidades, entonces ella se refugia en la comida, ésta surge como un aliciente. Se percató de que comía a cualquier hora, buscaba siempre alimentos dulces, comprobaba chocolates, paletas, caramelos, chicles, compraba pan dulce, galletas, refiere que se la pasaba comiendo todo el día. Su peso estaba incrementando y esto la deprimía más.

Aunado a lo anterior su esposo le recriminaba constantemente su gordura, su forma de comer y falta de cuidado personal, le criticaba como lucía la ropa, la molestaba y violentaba negándose a intimar con ella por gorda. Esta situación la llevó a la búsqueda de algunas opciones para perder peso corporal.

“... algún tiempo sí, me decía, este, que yo no le servía como mujer, o sea, que así yo no le servía como mujer, que estaba muy gorda, este, entonces o sea como cosas así, entonces a mi si me dolía que me dijera, a partir del problema que tuvimos ahora, este, ya no me tocaba o me decía que me alejara de él que, este, o sea cosas que no, o sea me lastimó mucho, no quería que lo abrazará, no quería nada, absolutamente nada o yo lo abrazaba y me decía que era una terca que no entendía, este, todo entonces me afectó mucho también...”

Identificamos que principia a inconformarse con la imagen corporal que proyecta desde los 20 años y emprende algunos intentos para confrontarla mediante el régimen dietético, no obstante es hasta antes de los 30 años que su búsqueda se hace más exhaustiva.

Su inconformidad con su manera de comer se da por un exceso de peso, el cual molesta más al esposo que a ella, quien ejerce una presión de manera indirecta para que modifique esta

condición, trata de hacer algunos cambios, pero su depresión no le permite implementarlos de manera contundente, no obstante dada la situación matrimonial; el posible divorcio y cambio de vida, hacen que salga de su estado depresivo y busque tratamientos que le permitan perder peso corporal.

Problemas asociados a su manera de comer

Nunca fue gorda ni de niña ni de adolescente, tampoco se consideraba fuese delgada. Ella piensa que se mantenía “en buen peso” porque casi no comía, debido a la situación económica de la familia, su padre los había abandonado cuando ella tenía 7 años, su mamá sufragaba los gastos trabajando como empleada doméstica y al cuidado de una Quinta. La ventaja de este trabajo es que tenían donde vivir, la misma situación en la que se encuentra ahora.

“...nos pagan tres mil pesos por los dos, por cuidar la casa y mantenerla limpia, pero no pagamos renta. Estamos limitados pero así nos organizamos, luego también nos dan despensa, igual que cuando mi mamá vivía, no sé cuánto le daban pero al menos teníamos donde vivir...”

Recuerda que se iba a la escuela sin desayunar y comía cualquier cosa ahí, a la hora de la comida, ésta era muy monótona, basada en tortillas y frijoles con salsa, tomaba una merienda de café o a veces leche con pan. Su mamá se ayudaba vendiendo por las tardes algunos postres como galletas, donas, pastelillos individuales, flanes y gelatinas y estos alimentos eran consumidos cuando no había comida en casa.

“...pues de chica, para empezar mi mamá no nos daba desayunar, no, nos daba, no tenía para darnos, prácticamente no comíamos nada en la escuela, este, llegábamos a la casa yo me preparaba un vaso de café y me lo tomaba y hacía mi comida normal nada más que a ella [se refiere a su madre] le encantaba hacer mucho la repostería, porque aparte la vendía, entonces al hacer la repostería yo me comía que el panquecito que el pastel de tres leches, lo que le quedaba de la venta...”

Cuando su mamá muere Valeria y sus hermanos se van a vivir con su abuela materna, como ésta es una persona ya grande sin muchos recursos, por tanto tuvo que trabajar, además de ir a la escuela. Señala que normalmente consumía sus alimentos en la calle y casi no comía o consumía cualquier cosa que le quitara el hambre.

Es cuando se casa y tras sus dos embarazos se da un incremento de peso, en parte porque tiene más alimentos disponibles y en su actividad laboral, como empelada doméstica, aunque tiene un gasto energético fuerte, es más sedentaria que cuando era soltera. En relación a la disponibilidad alimentaria menciona que siempre tienen alimentos disponibles, a pesar de que su ingreso económico no es muy alto, tienen la facilidad de no pagar renta y considera que su situación es buena, haciendo referencia a las diferencias en términos de carestía alimentaria entre su infancia y la de sus hijos.

Cuando su hermana enfermó, no pudo estar con ella porque su hijo menor aún estaba pequeño, además de que en esa época consiguieron el empleo en la Quinta y le absorbía mucho tiempo. Su hermana muere después de que se le complicó una bronconeumonía y Valeria se siente muy mal, se deprime, particularmente porque se siente culpable de no haberla atendido a tiempo, además comenzaban los problemas con su esposo quien la rechaza, violenta y engaña, ella lo asociaba a su gordura. Es en este periodo donde se da cuenta que hay un incremento de peso, empezó a comer más, se sentía triste, angustiada, dejó de salir, se sentía muy desalentada “me refugiaba en la comida”.

“...este pues eran enchiladas con crema o gorditas, quesadillas en la mañana, en la tarde me servía como dos veces platos de comida, ya sea doble guisado, doble sopa, refresco, comía papas en el transcurso del día, en la noche cenaba del guisado que quedaba de la tarde y otra vez comía yo guisado y aunque pobleteará otra vez volvía a comerlo y refresco y pues eso era lo que comía y pues me sentía muy, muy llena...como que me refugiaba en la comida”

La muerte de su hermana fue un suceso que no ha logrado superar, porque creía que ella era su única familia, pues la relación con el hermano y el padre es muy lejana y mala.

El estado anímico resultado del fallecimiento de su hermana menor la hace deprimirse, ella se aísla y la comida representa una “especie de fuga o escape” que permiten disminuir o evadir el sentimiento de la pérdida, esta situación favorece un incremento de peso mayor al que ya de por sí tenía después de sus dos embarazos.

Formas de resolver su situación problemática

Identificamos en el discurso que ella recurre al régimen dietético para perder peso corporal desde los 20 años, después de que se casó, no obstante parece que en la práctica no consiguió implementar una modificación sustancial a su manera de comer, aunque si controlaba relativamente su peso corporal.

“...hay ya tiene mucho, tendría cuándo yo tenía 20 años yo creo, o sea estamos hablando de hace 10 años, buscar tratamiento para bajar de peso...subí con mis hijos, con mi hija no tanto, pero si me quede con algunos kilos, después que nació el más chico, si me quede más gordita...”

Después de sus embarazos, el acaecimiento de su hermana y la problemática de pareja se hacen más evidentes la búsqueda e implementación de diversos recursos para perder peso corporal.

“...sentía que ya no era atractiva para él, porque pues sí, lo veía en mi ropa, que me quedaba muy apretada, se me salían las lonjas...entonces me deprimí mucho y luego lo de mi hermana, peor, me sentía muy mal...siento que luego por eso se buscó otra y en ese tiempo el me empezó a rechazar porque estaba gorda, entonces sí lo pienso bien fue desde entonces que empezamos con los problemas, pero yo me sentía muy mal por lo de mi hermana y pues sí hasta hora lo estoy enfrentando...”

Trataba de no cenar o disminuir el consumo de algunos alimentos y siempre tenía la intención de “ponerse a dieta”. Le gustan mucho los alimentos dulces “todo lo que sea repostería me encanta” estaba muy acostumbrada a consumirlos, lo compraba con frecuencia y sólo trataba de disminuir la cantidad de éstos alimentos.

Se inscribió a un programa donde tenía que hacer uso de un suplemento nutricional, un polvo enriquecido con nutrientes, que en teoría les ayudaría a perder peso, consistía específicamente en consumir el producto en lugar del desayuno y la cena en forma de maleteada. Lo probó una semana y posteriormente no continuó con el tratamiento.

Posteriormente trató de adherirse a otro programa que consistía en llevar una dieta saludable aunada a la realización de una actividad física. Se les sugería mediante talleres el consumo de frutas y verduras y la disminución de alimentos altamente energéticos, además se proponía

incrementar la actividad física mediante caminatas por las tardes o mañanas de manera grupal. En este programa, menciona que se focalizaba en la actividad física más que en los cambios dietéticos. Se organizaban los grupos para salir a caminar o correr, iniciaban con 15 minutos y algunos grupos llegaron hasta una hora.

Se dio cuenta que estaba deprimida y no logró adherirse al programa, no sentía ganas de salir ni de caminar, además de que le costaba trabajo socializar, entonces aceptó la ayuda de su madrastra quien la llevó a una organización civil que proporciona ayuda a las madres solteras y de ahí derivó la ayuda psicológica, esto la animó cuando se presentó la invitación del proyecto de la Clínica.

Se inscribió al tratamiento que proponía el proyecto, donde empezó de forma más sistemática a modificar su manera de comer, además implementó las caminatas que habían sugerido en el programa anterior donde había participado.

Evaluación obtenida de cada estrategia

Nunca pudo implementar alguna dieta o régimen dietético de manera contundente. El primer programa en el que participó lo llevó a cabo menos de un mes, puesto que el producto duraba este tiempo, posteriormente tenía que comprarlo, así que cuando se le terminó no continuó, en parte porque éste tenía un alto costo y por otro tenía la sensación de quedarse con hambre, además el consumirlo la hacía sentir ansiosa y con mucha sed.

La segunda opción que trató de realizar fue el programa de actividad física de la Secretaria de Salud del Estado de Morelos, pero tampoco le funcionó. No podía organizarse para asistir a las caminatas, a veces se sentía desganada y con mucha flojera, otras no le daba tiempo y posponía las fechas para acudir. Ella piensa que le hubiese ayudado para salir de la depresión y conocer a otras personas, pero sólo llegó a ir un par de veces.

La terapia psicológica no solo le gustó sino también le ayudó a resolver sus conflictos de la infancia, la violencia intrafamiliar, además de la muerte de su hermana, ya no consiguió

trabajar sobre su relación de pareja porque no quiso enfrentar el problema. Sin embargo, considera que salió de la depresión y cuando escuchó en la radio sobre el proyecto de la Clínica se animó a presentarse y trataba de apegarse al plan de alimentos.

Estuvo participando 6 meses, acudía mensualmente a sus citas, se sentía muy motivada, además de que la Clínica estaba muy cerca de la Quinta donde vivía. Tenía dificultades para implementar el plan de alimentos, no entendía cómo manejar los alimentos equivalentes y consiguió llevar bien la dieta hasta el tercer mes.

El objetivo que se había trazado junto con el equipo del proyecto era llegar al peso que había registrado como más bajo, éste había sido de 70 kilos. No consiguió perder el peso corporal que se habían propuesto como meta y esto la desalentaba mucho. Señalaba que no le gustaba la reunión con la nutrióloga porque de manera sutil la hacía sentir mal, haciendo mención de que no seguía la dieta y por consiguiente no había pérdida de peso. Finalmente después de seis meses de tratamiento consiguió perder 5 kilos, de 85 llegó a pesar 80. A pesar de que no fueron los resultados esperados, ella refería sentirse bien, además se alentaba con la información de los análisis clínicos, donde se evidenciaba una disminución de sus niveles de triglicéridos.

También hacía referencia a que las primeras semanas no entendía bien el sistema de equivalencias y se confundía con las porciones. No obstante, posteriormente se clarificaron sus dudas y en su discurso implementaba la dieta. Otro componente significativo del tratamiento que le ayudó fueron los talleres motivacionales donde entendió la relevancia sobre los cuidados a sí misma, a su salud y la importancia de una alimentación sana y balanceada.

Aprendió el discurso sobre cuidados a la salud, aunque en la práctica aún le cuesta implementarlos. Por un lado, refiere que aprendió a llevar una alimentación balanceada pero por otro hace referencia a su práctica alimentaria que se encuentra muy inestable, es decir, a veces no come o consume cualquier alimento aunque no se encuentre dentro de su plan dietético, esta inestabilidad la asocia a su problemática de pareja.

“...por las mañanas me tomo una taza de fruta picada ya sea manzana, papaya o fresa, bueno yo me las tomo con una taza de leche también, entonces hago como un licuado ya sea de fresa o papaya, a mi me encanta la papaya me tomo un licuado que es el equivalente a la ración de leche y a la ración de fruta, mi cereal es una tortilla, mi producto original es una clara de huevo con muy poco aceite, o sea como una media cucharadita, poquito, porque ya no uso el aceite y no se una tacita de té o algo, a medio día de 11 12 estoy con una ración de fruta y una ración de verdura, ya sea que mezcle melón con jícama o algo así. La comida por igual una taza de arroz, no sé frijol o lo que es la palma de mi mano, carne, agua, agua de fruta, aunque tiene que ser sin azúcar, este eso es lo que estoy comiendo ya de 5 a 6 una fruta, una verdura, puede que sea una ensalada de zanahoria con betabel algo así y en la noche me toca lo que es mi ración de cereal con producto de origen animal que puede ser un sándwich con lechuga y un jamón o algo así o queso porque yo de por si no puedo comer embutidos entonces le pongo queso panela nada de mayonesa, lechuga, jitomate y pan integral...”

“...estoy dejando de comer y ahorita toda la comida me da náuseas pero de todos modos, el no comer, estoy tal vez no estoy comiendo las raciones que son pero estoy comiendo en la mañana un licuado de papaya y hasta ahí nada más porque ya no puedo comer o como lo que sea, en la tarde si como con mis hijos porque no quiero que vean que digan “mamá no estás comiendo” , con ellos si como las raciones que tienen que ser en la noche por igual no ceno nada y ello si, cenan su leche y un pan o algo así...”

Yara

Es una mujer de 26 años, su apariencia juvenil la hace ver con menos años de los que tiene. De estatura media, 1.61 metros y complexión pequeña. Se aprecia una mujer relativamente delgada con muy poco sobrepeso, acumulado particularmente en la cadera, pesa 67 kilos. De cabello teñido, con fleco, lacio y largo a media espalda. Sus facciones son relativamente delgadas, usa maquillaje en el rostro, no cargado ni tampoco sutil. Viste camisetas y jeans ajustados al cuerpo a la altura de la cadera, calza zapato tipo bota o huarache. Le gusta vestir “a la moda” a veces viste chamara de piel o saco casual.

De carácter amable, con facilidad para comunicar, le gusta hacer amigos, se considera una persona sociable. Disfruta de salidas los fines de semana sobre todo a sitios donde pueda bailar, también gusta de visitar bares o compartir alguna velada con sus amigos, el cine es otra de las actividades que más le gustan.

Es originaria de Cuernavaca Morelos, tiene un hermano menor que ella, de 25 años. Considera que su relación familiar era buena, había convivencia, salían y hacían cosas los

cuatro juntos, piensa que tuvo una infancia feliz. Sus padres trabajaban vendiendo alimentos en una cafetería pero se divorciaron cuando ella y su hermano ya eran mayores de edad. No le afectó el divorcio debido a que no se involucró en esta situación debido a que estaba concentrada más en una relación de noviazgo que tenía en ese momento. La infidelidad del papá fue el motivo de la separación de los padres. Actualmente, conserva una buena relación con su madre y su hermano, no así con su padre que tiene ya más de un año que no lo ve.

Estudió la carrera de Técnico Laboratorista Clínico en la Universidad del Estado, cuando concluyó trabajó en un laboratorio dentro de un hospital privado, sin embargo su contrato terminó y no la contrataron más. Actualmente labora medio tiempo como ejecutiva de ventas en una compañía telefónica donde gana sueldo por comisión, lleva año y medio en este empleo.

Se casó hace un año y quería dejar el trabajo cuando consiguiera embarazarse, pero no lo ha logrado, por lo que piensa seguir con él, considera que es una forma de ayudar a los gastos de la casa dado que el sueldo de su esposo no es muy bueno, él es empleado en una tienda de alfombras.

Ha querido tener hijos pero aún no lo consigue, tiene síndrome de ovario poliquístico que le impide la concepción. Además refiere que tiene herencia de diabetes por parte de la familia de su padre, del lado materno padecen de hipertensión, además de dos casos severos de obesidad. Refiere que ella siempre había sido de presión baja, no obstante recientemente le detectaron presión alta.

Experiencia de su malestar alimentario

Ella siempre había sido delgada, el peso más bajo que registró fue de 45 cuando estaba en la preparatoria pero por mucho tiempo se mantuvo pesando 50 kilos, usaba talla 5, a veces le quedaba grande por lo que compraba talla extra-chica. Sin embargo hace dos años empezó a incrementar de peso, subió 10 kilos en un año y actualmente pesa 67.

“...por mi sobrepeso porque la verdad yo ya no me sentía a gusto en eso, bueno yo nunca he sido gorda, siempre fui muy delgada, pesaba 45 kilos, 50 y era talla, bueno de pantalón era talla 5, usaba la talla chica, extra-chica y de repente empecé a subir a si muchísimo de peso, hace como dos años... obviamente ya que me casé se pronunció

más el sobrepeso pero si fue hace como dos años...de más o menos como unos 10, de 48 a 50 que pesaba a 67 kilos...”

Cuando se dio el aumento de peso, alude que no se sentía tan mal, pues a pesar de todo aún seguía sintiéndose delgada, no tanto como antes pero no se sentía gorda, refiere a que estaba muy ocupada con los preparativos de la boda y no reparó tanto en el peso. En términos nutricionales, aun con los 10 kilos de más se mantenía en un peso saludable, puesto que mide 1.61 metros y estaba pesando 60 kilos.

El problema del peso se potencializó después de que se casó, subió 7 kilos más, es decir en dos años subió 17 kilos, es entonces cuando comenzó a sentirse muy incómoda, particularmente porque su ropa ya no le quedaba, tuvo que cambiar de guardarropa. Además de sentirse físicamente mal; más cansada, con mucho sueño, dolor e hinchazón en las piernas y entumecimiento de manos, también se sentía muy insegura.

“...pues sí, porque de repente ya no me queda la ropa, este no me siento bien yo, me siento insegura, como en un inicio, en un inicio que yo entré al proyecto yo hablé con la psicóloga y le explique que tenía toda esa, bueno que me sentía así insegura, me sentía pues me sentía mal pues porque yo nunca había tenido esa, tanto peso, pero este, ya poco a poco pues como que lo fui asimilando...”

Comienza a preocuparse por su peso en el último año y coincide con el inicio del proyecto, se interesó, pensaba que podría ser un recurso que podría ayudarla a controlar su aumento de peso. Su manera de comer nunca implicó en conflicto o malestar, refiere algunos problemas de estreñimiento pero nada más. Aún actualmente considera que no come mucho y piensa que el problema no es tanto por lo que come.

Problemas asociados a su manera de comer

Su manera de comer se había modificado sobre todo después de que se casó, pues su esposo está acostumbrado a cenar y ella no, pero se ha tenido que adaptar a él y desde que están juntos también cena. Anteriormente solo realizaba dos comidas al día, consideraba que comía poco, además de que comía sus alimentos de manera muy pausada, aún continúa

teniendo estas prácticas, pero si puede identificar que a veces aún sin tener hambre come para acompañar a su esposo.

“...porque a veces, este, a mi siempre como que se me antoja de comer algo o con sopa, guisado bien, agua y hay veces que por ejemplo vamos a comer a la calle, a veces son que ir a comer tortas, hamburguesas o Hot dog's y eso no me gusta mucho, a él le gusta que lo acompañe a cenar...y luego yo como muy lenta, desde niña, me tardó media hora o hasta 40 minutos, una hora, pero creo que si ha cambiado mi manera de comer desde que me casé...”

Sin embargo, no creía que está fuera la razón del incremento de peso, pues apuntaba que cuando trató de hacer la dieta que sugerían en el proyecto se dio cuenta que ella comía menos alimentos, sentía que la dieta incluía mucha comida. Esto le permitió corroborar que la comida no era el problema.

En el transcurso del año de casada consultó al ginecólogo debido a que no podía embarazarse y estuvo sometida a un tratamiento hormonal, además fue diagnosticada con el síndrome de ovario poliquístico. Según el médico, su problema ginecológico es una de las causas que propiciaron el aumento de peso además éste se potencializó con el tratamiento hormonal.

“...precisamente porque no tengo bebes, este, tengo este problema metabólico a raíz de...tengo un problema que se llama síndrome de ovario poliquístico, entonces esto te causa problemas metabólicos y por lo cual, por eso no logré bajar tan rápido como se tenía proyectado que yo bajara de peso, al principio sí, la verdad me desesperé un poco estuve aproximadamente como dos meses yendo constantemente y haciendo la dieta como me la ponían y todo pero, luego fui con el ginecólogo y él me explicó que era por esa situación que yo no bajaba tan rápido de peso, entonces, como que pues sí vi que no era cosa mía, o sea, que yo no quisiera sino por el problema que tengo...”

Este diagnóstico médico la tranquilizó pues confía en que el síndrome de ovario poliquístico pueda corregirse con el tratamiento hormonal, en caso contrario tendría que someterse a cirugía. Creó que solucionando esta situación logrará perder peso y seguramente embarazarse.

Formas de resolver la situación problemática

Yara no identifica un problema con su manera de comer, es más bien una inconformidad con su peso corporal, el cual se incrementó en los últimos dos años, anteriormente refiere que

nunca buscó realizar ningún tipo de dieta o utilizar algún recurso para modificar su manera de comer.

Después de que se casa, su preocupación en relación con su peso aumentó debido a que quiere embarazarse y no lo ha conseguido. Se presenta la opción de la Clínica, es animada por su hermano quien conoce a una de la doctoras del proyecto.

“...mi hermano conoce a la doctora y ella le comentó, entonces como te decía, yo tengo familiares diabéticos él me platicó: “sabes qué, pues ve por la *propensidad* que tenemos pues deberías ir a checarte porque tampoco es normal que en tampoco tiempo hayas subido tanto de peso”... ya fui, gracias a Dios de la glucosa todo salió bien, pero si la hipertensión y los triglicéridos salieron altos...”

Decidió participar y fue incluida porque presentaba altos niveles de triglicéridos y colesterol además de que también tenía hipertensión aunque el sobrepeso era ligero, siete kilos de más. Estuvo en el tratamiento de la Clínica por tres meses en este lapso estaba también bajo revisión ginecológica y fue cuando le diagnosticaron el síndrome de ovario poliquístico.

Evaluación de los resultados obtenidos en cada estrategia

El plan de alimentos no le funcionó, sentía que era mucha comida, más de lo que ella estaba acostumbrada a comer. Refiere que también tuvo dificultades para implementar la dieta porque implicaba un costo extra para su economía. Trató de realizar actividad física e intentaba salir a caminar por las tardes después de que regresaba del trabajo.

“...era mucha comida, yo comía pues así, todas las...el desayuno, comida y cena con mis, con las dos de en medio no me acuerdo como se llaman, bueno pero yo sentía que comía mucho, o sea la doctora, la nutrióloga me decía que yo comía como pollito por eso sentía que era mucha comida y sí, y más que nada eso el acostumbrarme, porque yo a veces no desayunaba, no cenaba, entonces este, el acostumbrarme a comer tan constantemente...yo sólo comía dos, dos veces al día y poco...”

“...porque había cosas que yo no compraba normalmente entonces empezaba a comprar lo que venía en mi dieta y ya pero este, llego ese momento en que me, bueno en que si fue así un problema para mí porque yo no tengo un sueldo fijo y mi esposo normalmente lo que ganaba, o sea, si me daba para comprar pero a veces no me alcanzaba, esa fue una problemática que tuve, pero en realidad yo estaba muy a gusto con el proyecto y todo eso de hecho me gustaba mucho y la atención era buenísima o sea era muy buena...”

Pese a sus esfuerzos por realizar la dieta y hacer ejercicio, señala que se sentía muy desalentada porque el primer mes bajó solo 500 gramos, indica que se esforzó por seguir el régimen, llevar sus alimentos al trabajo, no comer en la calle y además realizó caminata tres veces por semana durante un mes. El siguiente mes en lugar de bajar subió 800 gramos, esto la desalentó mucho.

“...la nutrióloga obviamente se puso un poquito más exigente conmigo: “es que tienes que bajar un kilo de aquí a la siguiente consulta” y este, que porque yo estaba haciendo la dieta mal... la nutrióloga me dijo que pues que yo tenía que bajar de peso como mínimo un kilo, uno a dos kilos me dijo...”

El ginecólogo le explicó que su problema de sobrepeso se debía al síndrome no tanto a su manera de comer, por lo que finalmente decide dejar el tratamiento de la Clínica.

Menciona que independientemente de que no consiguió una pérdida de peso, sus niveles de triglicéridos bajaron además de que se estabilizó su presión arterial en el lapso de tres meses. Por lo que piensa que los resultados fueron positivos, considera que aprendió cómo variar su alimentación, el tipo de alimentos que debe consumir, además de la importancia de realizar actividad física y cuidar su alimentación lo cual le ayudará a prevenir enfermedades.

“...me ayudaron a bajar mi presión arterial porque la tenía altísima yo llegue ahí con 130 sobre 90 de presión y este ya al final, la última consulta que tuve ya la traía 90/110 ya estaba normal mi presión, entonces pues si fue la alimentación totalmente fue la alimentación porque el doctor me decía mira no has bajado mucho pero aquí en tu presión se nota que has hecho la dieta...”

En su discurso señala que ha disminuido el consumo de embutidos y lácteos que era algo que comí con mucha frecuencia. La fruta siempre le ha gustado y está tratando de comer más verduras. El consumo de agua es una práctica que no puede implementar dado que su trabajo le impide estar yendo al baño constantemente. La actividad física también le cuesta trabajo, dado que su esposo es muy sedentario, piensa que una opción podría ser el baile, pues ambos disfrutan de ésta. Señala también que está comprando alimentos bajos en grasa o dulce, otra práctica que no acostumbraba y que aprendió en el tratamiento.

Variaciones internas por caso

En el caso de Juliana tiene un problema de exceso de peso considerable, a diferencia de las demás informantes, llega a más de 100 kilos, lo cual empieza a representar situaciones que considera riesgosas para su salud, ya no puede moverse con facilidad, se empiezan a acentuar problemas de hipertensión y mala circulación, además refiere sentirse muy deprimida por su situación de vida. Otra diferencia sustantiva en comparación con las demás entrevistadas es que se ha percibido como “robusta” y aunque en su discurso considera algo positivo, actualmente reconoce que su peso corporal le está causando mella en su salud, a diferencia de las demás establece una asociación de gordura que se corresponde al canon de belleza donde la gordura era bien vista. Es la única informante soltera y la de mayor edad en comparación con las demás entrevistadas, aún vive con su madre y una hermana, no obstante la relación familiar es muy problemática y existe una tensión constante, sobre todo con la madre. Considera que tiene un problema con su manera de comer que se ve reflejada en el peso, es por esto que acude al tratamiento clínico. No muestra una inconformidad con la imagen corporal y la búsqueda de opciones por perder peso es nula, el primer intento que hace por realizar un régimen dietético es mediante el tratamiento en la clínica. No consigue dar seguimiento a la dieta, en parte considera que no comprendía el lenguaje nutricional y aunque trató de llevar el plan alimentario una semana desistió del tratamiento debido a que se avergonzaba de no conseguir implementarlo, por lo que decidió no continuar. En este caso encontramos algunas conductas de sobrealimentación, aunque no hay un alimento en particular que consuma sobre otros. Esta forma de alimentarse parece común, normalmente come sola, no obstante la problemática principal gira en torno a su estado de ánimo respecto de su vida actual.

En el caso de Andrea, tiene problemas de sobrepeso derivado de sus embarazos, no se consideraba con exceso de peso anteriormente. Padece una arritmia cardíaca desde hace más de 20 años, el tratamiento que lleva para controlarla hace que tenga una cercanía con los cuidados a partir de la biomedicina. Tiene un seguimiento de su peso a diferencia de las demás informantes. Su inconformidad de la imagen corporal se da posterior a su incremento de peso, aunque refiere que en su familia “tienden al sobrepeso”, e incorpora como recurso

para modificar su malestar corporal la actividad física más que el régimen dietético, ha realizado no más de tres regímenes alimentarios para reducción corporal. A pesar de tener estudios universitarios se dedica al hogar y se siente desmotivada, no obstante sus hijas le inyectan vitalidad, pues por ellas continúa realizando actividad física y se inscribió al proyecto. Realizó la dieta que le propuso la clínica pero no consiguió perder mucho peso corporal, sólo cinco kilos, esto la desalentó, uno de los impedimentos para llevar su dieta fue la convivencia con su familia donde las salidas a comer fuera de casa se daban con frecuencia, además de que no lograba integrar el consumo de alimentos bajos en calorías como las verduras y consideraba que la dieta implicaba un costo monetario mayor al de su economía. Las cantidades recomendadas y algunos alimentos se confrontan con sus gustos y preferencias alimentarias. Dejó el tratamiento dietético y continúa confiando en la actividad física como recursos para controlar su peso. En cuanto a los problemas de su familia de origen, el padre tenía problemas de alcoholismo, sin embargo estas circunstancias parecen no haberle afectado. Aunque la relación con su madre sí es conflictiva, no mantiene una relación cercana.

El caso de Rosa es la única informante que tiene otras motivaciones al incursionar en el proyecto, la cuestión monetaria. A pesar de que no estaba interesada en bajar de peso, pues sólo una ocasión buscó perder peso mediante punto de acupuntura, es la única que logra una pérdida sustantiva, más de 10 kilos, cumple con el tratamiento y asiste a las sesiones de seguimiento. Sabía anticipadamente que no habría una retribución económica no obstante el incorporarse implica una forma de socializar y salir de su vida rutinaria. Tiene sobrepeso pero este no resulta problemático, se evidenció una asociación entre delgadez y su correspondencia a enfermedad. Cuando pierde de peso muestra sentimiento contradictorios, aunque ve efectos en su salud, puede moverse con mayor facilidad, disminuyeron sus niveles de colesterol y triglicéridos, pero siente que tiene aspecto de enferma, que “le cuelga todo”. No obstante, una vez que termina su tratamiento empieza a empañarse por hacer la dieta, considera que le hace falta el seguimiento, deja de caminar e incrementa varios kilos, comienza a generar angustia y frustración al no conseguir nuevamente incorporar la dieta en su vida cotidiana.

En el caso de Valeria ha tenido una vida difícil, tenían problemas económicos fuertes en la infancia, sufrió maltrato intrafamiliar por el padre alcohólico y después el abandono de éste, enfrentó el fallecimiento de su madre y posteriormente el de su hermana menor, en su vida de casada ha sido violentada por su esposo quien la crítica por la peso corporal, estaba en un proceso de divorcio debido a las infidelidades de él, la decisión de la separación implicaba dejar su trabajo y el lugar donde vive, pues están contratados como pareja para cuidar una Quinta. Sus problemas de sobrepeso surgen después de sus embarazos, en su infancia y adolescencia se consideraba delgada, no obstante después de su segundo hijo no puede recuperar su peso de soltera, es en este periodo donde señalaba haberse deprimido y refugiado en la comida. Es una de las informantes que ha buscado más opciones para perder peso corporal en comparación con las demás entrevistadas. No sólo ha buscado ayuda para perder peso sino también para enfrentar sus demás problemas, a pesar de que se siente sola porque la cercanía con su padre y hermano son casi inexistentes, tiene una red de apoyo de parte de sus patronos y su madrastra quienes la han motivado y ayudado en sus problemas, ha estado en terapia psicológica, asiste a una asociación civil que ayuda a madres solteras, además encuentra aliciente en sus hijos, son su principal motivo para tratar de salir delante de su problemática. Es el cuarto intentó que hace para perder peso a través del régimen. La Clínica le queda muy cerca del lugar donde vive y se siente muy alentada a continuar, vemos un efecto claro de la terapia psicológica, más que de la nutricional. La pérdida de peso es relativamente poca, sin embargo ella se siente muy estimulada y con ánimo, considera que anímicamente y físicamente le ayudó el tratamiento clínico, aprendió sobre nutrición, sabe las cantidades y tipos de alimentos que debe consumir aunque en la práctica todavía le cuesta trabajo implementarlo, además se siente mucho más segura y con confianza a pesar de que no ha resuelto aún su problema de divorcio.

En el caso de Yara es la más joven de todas la informantes, la imagen corporal es importante, particularmente porque ella siempre fue muy delgada. Empezó sus problemas de sobrepeso después de su matrimonio, lo cual la hacía sentir muy insegura. Esto fue uno de los motivos por los cuales asistió a la Clínica. Es su primer intento por hacer régimen dietético, nunca había realizado una dieta. No tuvo los efectos esperados, se desalentaba mucho porque solo consiguió perder menos de un kilo a pesar de haberse esforzado y cuidado su alimentación.

Consideraba que era más comida de lo que ella estaba acostumbrada a comer, aunque refiere modificaciones en su alimentación como disminución de grasas saturadas y azúcares. Dejó el tratamiento clínico porque identificó que tenía problemas de ovario poliquístico que eran los que habían generado el sobrepeso y las dificultades para embarazarse, esto era la causa de que no consiguiera perder peso corporal.

Conclusiones parciales por grupo

Podemos concluir que todas estas mujeres tienen un problema de sobrepeso y en algunos casos de obesidad, sólo una tiene obesidad mórbida, además presentan problemas como hipertensión, alteración de lípidos, colesterol y triglicéridos altos, así como intolerancia a la glucosa. Estas situaciones dan lugar a lo que se denomina en la clínica como “síndrome metabólico”, el cual es asociado directamente al sobrepeso, en este sentido la concepción de enfermedad parte de este síndrome, donde el sobrepeso y obesidad son factores fundamentales. Por tanto no se habla de enfermedad mental ni de trastorno alimentario, la enfermedad es caracterizada por el denominado trastorno metabólico donde la causa central es la obesidad y el sobrepeso. Éstos son los causantes de los daños metabólicos, desde esta perspectiva, el aumento de peso es el problema y éste es visto como la enfermedad que hay que contrarrestar mediante el régimen dietético.

La conducta alimentaria no es percibida como conflictiva, no observamos una exacerbación en el régimen dietético y la búsqueda para perder peso tampoco es constante ni obsesiva. La asociación entre inconformidad de la imagen corporal no se traduce en la búsqueda de opciones para modificarla mediante la dieta.

Se reconoce un problema de exceso corporal e inicialmente no es considerado un problema, no obstante después del tratamiento en la clínica se instala la idea de obesidad como sinónimo de enfermedad que además es la causa de la hipertensión y alteración de lípidos, también se genera la idea de la importancia de los cuidados a la salud mediante la alimentación y la actividad física.

La imagen corporal se corresponde con la salud en términos de cuidados o prevención, ambos acceden a que el comportamiento alimentario se exacerbe una vez expuestas al tratamiento ofrecido por la clínica. Es el régimen dietético donde apreciamos puede comenzar a potencializarse un “malestar alimentario” al no lograr adoptar cambios en el comportamiento alimentario como horarios, porciones, equivalentes, aunado a un enfoque que exalta los cuidados a la salud, asignando la responsabilidad de ésta al individuo. El mensaje que se transmite en la clínica es a través del manejo de la salud y no de la enfermedad, como sería el caso del mensaje que se envía desde los grupos de autoayuda. Si bien, se parte de la enfermedad, entendida como el sobrepeso u obesidad, lo que se transmite es la recuperación y se maneja no en el sentido de enfermedad incurable sino más bien en términos de prevención, control y cuidado.

Después del tratamiento se comienza a confrontarse el gusto, las preferencias y las costumbres alimentarias a las indicaciones del régimen dietético, el cual implica consumir de forma variada en tres o más tiempos de comida, se tiene que racionar y adecuar las porciones, esto es disminuir o incrementar la cantidad de alimentos que se acostumbra por una cantidad menor, desde la perspectiva de estas mujeres se dificulta incorporar verduras. Se piensa que es mucha comida, se confronta con los horarios y ritmos de trabajo, no hay tiempo, además, seguir el régimen implica también, incremento en el precio de los alimentos. Si bien, no se sugieren marcas pero si características que deben tener los alimentos, incorporar estas recomendaciones involucra un costo que en ocasiones no se puede sufragar y por tanto no se puede llevar la dieta. La angustia, la pérdida de control alimentario y el miedo a engordar se expresan después de que se logró una disminución de peso por el régimen pero no se consigue continuar con éste.

Existe una diferencia en la percepción de delgadez particularmente en las mujeres de mayor edad la cual se contrarresta a los estereotipos corporales actuales, la delgadez se asocia con enfermedad y la gordura trae ciertos beneficios, no se busca la delgadez extrema. Por otra parte, las opciones para modificar la silueta no se dan sólo mediante el régimen dietético, también se recurre a la actividad física como otro recurso para confrontar el problema de sobrepeso.

En cuanto a la opción de los grupos de autoayuda, no hay mayor referencia éstos como es el caso de los integrantes de TA y CCA. A pesar de que como mencionamos encontramos dos casos de alcoholismos e independientemente de la gravedad del problema de alcohol de éstos, encontramos que no se recurre a la opción de los grupos, se escucha hablar y hay un conocimiento muy general, la idea que se tiene sobre ellos tampoco es muy buena, el hecho de compartir las vivencias y problemas personales no convence, además de que se piensa que para la cuestión de comida se requiere un trabajo individual. Por otro lado, no hay una asociación de integrarlos o buscarlos, porque no se percibe un problema en cuanto al control alimentario que los requiera.

Los dos casos dos casos que presentan una problemática emocional equiparable algunos de los casos de los integrantes del grupo de CCA, observamos que el elemento diferenciador se dan en términos de los recursos empleados para hacer frente a este tipo de situaciones, donde la red social es mucho más fuerte, los hijos, la misma familia, a pesar de todo, apoya económicamente. La asistencia a terapia psicológica y asociaciones civiles son elementos de contención utilizados.

En cuanto al personal del proyecto de la Clínica podemos concluir que trasladan la responsabilidad sobre los cuidados de la salud a las mujeres, a pesar de reconocerse dificultades estructurales, sociales y culturales, la posición es recomendar cambios sustantivos en los hábitos alimentarios esperando sean las mujeres quienes enfrenten los obstáculos. Esta postura accede una incomprensión cuando no se observan cambios en la dieta y por ende pérdida de peso, que sería desde la perspectiva nutricional un éxito en el tratamiento, aunque desde la posición del médico y la psicóloga no sería necesaria la disminución del peso sino cambios en otras variables y actitudes.

CAPÍTULO VI

EXPRESIONES DEL DISCURSO MÉDICO EN LAS MANERAS DE COMER DE LOS INTEGRANTES DE CCA, EL GRUPO DE TA Y LAS MUJERES DE LA CLÍNICA

En este capítulo presentamos a manera de cierre, un análisis comparativo de los resultados mostrados en los capítulos anteriores. El análisis que se presenta trata de articular, explicar y comprender desde nuestra perspectiva, a través de las similitudes y diferencias encontradas, la configuración de un determinado malestar alimentario en un estado que se considera “patológico” desde las representaciones de nuestros informantes, tanto los miembros de Comedores Compulsivos, de los Tragones Anónimos, así como las mujeres participantes en el tratamiento clínico. Lo anterior nos permitirá establecer conclusiones y responder a los cuestionamientos y objetivos planteados inicialmente.

En este sentido retomamos nuestra hipótesis la cual pretende mostrar cómo a partir de una medicalización -entendida como parte del discurso médico-nutricional- de algunos comportamientos alimentarios se accede a concebirlos como patológicos o enfermizos. Por tanto nos planteamos específicamente dos cuestionamientos fundamentales: indagar cuáles son los mecanismos que operan para interiorizar un malestar alimentario y cómo se va configurando el comportamiento alimentario de normalizado a patológico, de esta manera pretendemos dar cuenta de la influencia del discurso médico-nutricional en potencializar la problemática alimentaria.

Utilizamos como vía de aproximación a nuestro objeto de estudio, el denominado “*Trastorno por Atracón*” que es considerado como uno de los “Trastornos de la Conducta Alimentaria” pero -a diferencia de la anorexia y bulimia-, como hemos evidenciado, aún existe ambigüedad en los criterios de diagnóstico para determinarlo a nivel clínico, no obstante permea en el sentir de cierto grupo de personas, particularmente en aquellas que tienen un problema de sobrepeso u obesidad y la vinculan con su manera de comer, debido a que una característica fundamental de dicho *Trastorno* es el *Atracón*, un forma de alimentarse abundantemente.

A la luz de varios conceptos teóricos planteamos entender la problemática alimentaria, concretamente mediante la propuesta teórica de Canguilhem sobre lo normal y lo patológico con lo cual accederemos a explicar y comprender por qué cierto grupo de personas concibe su comportamiento alimentario como patológico, así como la influencia del discurso médico-nutricional hegemónico. Además propusimos recuperar los conceptos teóricos trabajados por

Allan Young y Kleinman sobre la noción de enfermedad y padecimiento, los cuales nos permitirán comprender cómo se vive esta problemática y la forma en que permea en ciertas personas. Finalmente pretendemos explicar la interiorización del comportamiento alimentario mediante los procesos de socialización desde el marco teórico del constructivismo, descrito por Berger y Luckman.

A continuación se presenta un análisis de los resultados relevantes que identificamos en nuestros informantes, primero se analiza de manera particular a los tres grupos y posteriormente se muestra una comparación entre ellos sobre sus representaciones y prácticas respecto a la problemática alimentaria para finalmente concluir articulando y retomando los conceptos teóricos antes mencionados.

Integrantes del grupo de CCA

En el grupo de CCA la característica fundamental es que casi todos ellos padecieron de obesidad desde la infancia, por tanto se perciben estigmatizados por su condición, esta circunstancia acarrea una inconformidad de la imagen corporal asociada al hecho de ser “gordos”. Por tanto muestran una búsqueda intensa para modificar su percepción corporal y utilizan diversos recursos, principalmente mediante la implementación del régimen dietético. Las opciones empleadas fueron prescripción dietética, ayuno autoimpuesto de algún tiempo de comida fuerte, disminución o eliminación del consumo de un alimento particular, en menor grado el uso de pastillas para inhibir el apetito y de manera secundaria realizando actividad de desgaste físico como la asistencia al gimnasio o la práctica del baile.

La adopción del tratamiento utilizado depende de la efectividad para perder peso corporal. En el caso de los que tuvieron efectos positivos mediante la terapia nutricional, a pesar de asistir paralelamente al grupo, tratan constantemente de retomar el control alimentario por esta vía, además de que mediante la terapia grupal referían no conseguir perder peso, en algunos casos hasta empezaban a incrementarlo, esta situación además de los conflictos internos dentro del grupo, hicieron que lo abandonaran. Sólo dos casos tuvieron efectos positivos mediante la terapia grupal y es uno de los motivos por los cuales permanecen dentro de la agrupación.

Apegarse a la terapéutica, sea nutricional o grupo, no se corresponden a la cantidad de peso ni a una búsqueda exhaustiva para modificar la imagen corporal. Más bien encontramos que confluye una situación emotivamente fuerte que accede se tomó la decisión de concretar la búsqueda y adherirse al tratamiento, lo cual repercute en la efectividad del mismo. En el caso donde resultó efectiva la terapia nutricional encontramos esta coincidencia, se apega al tratamiento porque su situación emotiva de vida lo facilita.

Otra característica distintiva es que todos ellos refieren problemas emocionales y psicológicos, esto también permite la identificación inicial con CCA donde fundamentalmente se vincula la alimentación con emociones negativas. En los dos casos donde hay mayor permanencia grupal inicialmente armoniza la terapia emocional que ofrece el grupo y su situación emotivamente fuerte de vida, por tanto hay un apego grupal importante, consiguiendo el control alimentario y la pérdida de peso. En las demás informantes hay una aparente identificación del discurso grupal en este aspecto, sin embargo no consigue resolver la problemática alimentaria ni emocional.

Hay dos miembros que tienen una permanencia de más de 10 años en el grupo, ésta se asocia en primera instancia a la efectividad del tratamiento, posteriormente la pérdida de peso y control alimentario pasan a segundo plano y encontramos que la dinámica grupal juega un papel importante en términos de sustitución y reforzamiento de lazos afectivos así como de ejercicio de poder. Estas características toman relevancia y se hacen evidentes en los conflictos internos por el control del grupo dando como resultado la desintegración del mismo.

Finalmente encontramos que todos llegan al grupo porque quieren perder peso corporal, el conflicto es la gordura, no obstante el discurso grupal introduce la idea de que el problema central se encuentra en la manera de comer. Las que han llevado la prescripción nutricional refuerzan dentro del grupo esta noción. El conflicto alimentario se exagera cuando se trata de implementar el régimen dietético mediante prescripción nutricional o la abstinencia que se maneja dentro de la terapéutica grupal y esta no se consigue y tampoco la pérdida de peso corporal. Entonces la angustia por no perder peso, el miedo a engordar cuando se obtuvo una

disminución importante y la falta de control alimentario se muestran más evidentes, sobre todo porque el consumo abundante de alimentos es común.

El Grupo de TA

El grupo de TA en Cuernavaca no funcionaba tanto como grupo autónomo, más bien encontramos que se desempeñaba como una extensión del grupo de TA en Torreón, pues la mayoría de sus integrantes están relacionadas de manera importante con él.

Establecemos de primera entrada una diferencia entre las integrantes que tienen vínculos directos con TA en Torreón y la que se incorpora sin este nexo. Las primeras no tienen un problema de imagen corporal, no se evidencia un conflicto en este aspecto a pesar de tener sobrepeso, pues el incremento de peso se da en su vida adulta y no desde la infancia. Tampoco muestran una problemática con su manera de comer, nunca se han sometido a un tratamiento para modificar ni su peso ni su alimentación, como sería el caso de la otra integrante, quién tiene una inconformidad de su imagen corporal desde la adolescencia, muestra una búsqueda mayor y a utilizado diversos recursos para controlar su peso y su manera de comer, fundamentalmente mediante el régimen dietético como disminución o eliminación de algún alimento particular o bajo prescripción nutricional.

Encontramos diferencias en cuanto a la llegada a TA, independientemente de mostrar o no un malestar alimentario o inconformidad de la imagen corporal, el grupo se presenta como un espacio de convivencia y socialización importante, la función que éste cumple se da en términos de sustitución de lazos afectivos, en parte dado su rol de amas de casa donde hay una disminución de las responsabilidades y cuidados a los hijos, pues éstos son adolescentes, otros ya son adultos, además de la poca convivencia marital, lo cual favorece la conexión con el grupo. También el grupo se presenta como una opción ante una problemática de salud relacionada con el exceso de peso en otros casos.

La adhesión a la terapéutica de TA permite se vean efectos positivos en el peso corporal y el control alimentario, éstos empiezan a asimilarse como importantes. El malestar alimentario se hace evidente puesto que el plan alimentario es riguroso y éste no se puede realizar fuera del

contexto grupal. Empieza a generarse angustia, miedo a recuperar el peso perdido, falta de control sobre el plan de alimentos, en sí una obsesión alimentaria.

La efectividad del tratamiento se da por la permanencia grupal, la cuál es posible dada las funciones de socialización que éste adquiere. El contacto continuo con la dinámica de TA permite se introduzca la idea “enfermedad” alimentaria, en términos de asumirse “tragón”, además de la dependencia al grupo generando la necesidad de éste para controlar la “enfermedad incurable”. Encontramos que la noción implantada por el grupo se centra en que el problema directo no es la gordura sino la manera de comer desbordada.

Cuando no se implementa el plan alimentario con rigor y se encuentran otras opciones de socialización, el conflicto alimentario disminuye, la negación ante la rigidez del plan permite identificar cierta “normalidad” ante la conducta alimentaria y anula la idea de enfermedad o trastorno, particularmente cuando se puede controlar tanto el peso y la manera de comer de forma autónoma, es decir sin la influencia del discurso grupal.

Las mujeres de la clínica

Estas mujeres no refieren un problema de sobrepeso en la infancia, más bien el incremento de peso se da en la edad adulta, en algunas de ellas como resultado del peso acumulado durante sus embarazos. La búsqueda para perder peso se muestra sólo en algunos casos, sobre todo por presión de la pareja y los hijos, en las demás es prácticamente inexistente.

La percepción de la gordura y la delgadez en las mujeres de mayor edad se corresponde a los estereotipos corporales donde se aprecia la primera como positiva y la segunda como sinónimo de enfermedad. En las más jóvenes hay una distinción importante en este sentido, pues la silueta y apariencia física son relevantes.

Las que buscan perder peso no sólo es mediante la restricción alimentaria sino también por medio de la actividad física, en algunos casos éste es un recurso central para conseguirlo.

Podemos apreciar que la conducta alimentaria, la imagen corporal así como la búsqueda para modificarla no se constante ni obsesiva en las mujeres que buscaban disminuir su peso.

Identificamos problemas emocionales equiparables a algunos de los integrantes de CCA, no obstante la diferencia principal se muestra en la respuesta ante ellos, influenciada por la red familiar y social que se da tanto en términos de contención emocional como apoyo económico.

Los motivos por los cuales asisten a la clínica son esencialmente porque buscan perder peso corporal mediante prescripción nutricional y control médico de manera gratuita. Identificamos que la retribución económica en algunos casos se hace evidente y es el impulso principal. En cuanto a no elegir a los grupos como opción, encontramos que hay un desconocimiento de éstos, se reconocen de manera somera particularmente los grupos de AA pero no los relacionados con el control alimentario como CCA o TA. Además, no hay una asociación de buscarlos como opción porque no se percibe un problema alimentario o corporal que los requiera.

En cuanto a la adopción del tratamiento clínico- nutricional, encontramos que existe una incomprensión inicial del lenguaje nutricional, que algunas logran superar y consiguen implementar la dieta, también se hace evidente un sentimiento de presión al no lograr disminuir el peso corporal que se había propuesto como parte de la terapéutica.

No encontramos relación entre las mujeres que buscaban perder peso y el cumplimiento de la prescripción dietética, observamos más bien dificultades en la implementación de la dieta y sólo una de ellas consiguió una disminución de peso considerable. Llevar a la práctica la dieta empieza a generar frustración, particularmente porque se confronta con sus hábitos alimentarios en las cantidades o porciones recomendadas, los tipos de alimentos que tienen que incluir o excluir de sus comidas, el ritmo de trabajo y el costo económico que implica la compra de alimentos particulares. Reconocen hacer un esfuerzo al realizar la dieta pero una gran decepción al no evidenciarse correspondencia con la pérdida de peso, éste fue uno de los motivos por los cuales desertaron del tratamiento.

La angustia, la pérdida de control alimentario y el miedo a engordar se expresan después de que se logró una disminución de peso por el régimen pero no se consigue continuar con éste. Asocian las dificultades de continuar la dieta a las actividades e influencia familiar así como a las condiciones de trabajo que no se empatan con horarios y lugares para llevar a cabo su dieta, en otros casos añoran el sostén psicológico incluido en el tratamiento.

Análisis comparativo: Similitudes y diferencias entre CCA, TA y las mujeres de la clínica

Encontramos una constante fundamental que permite se configure cierto malestar con el consumo de alimentos, tanto en los integrantes de los grupos de autoayuda como en las mujeres que asisten a la clínica. Esta constante se expresa como una inconformidad de la imagen corporal que se proyecta de manera diferencial en aquéllos que se sienten “estigmatizados” por padecer de sobrepeso u obesidad desde edades tempranas de la vida.

Los integrantes de CCA refieren haber sido “gorditos desde la infancia”, a excepción de una informante, además señalaron mantener esta condición durante gran parte de su vida, en comparación con las mujeres de TA y la Clínica. En el caso de las mujeres de TA los problemas de sobrepeso se presentan en la etapa de adolescencia y de manera persistente en la vida adulta, después de tener hijos o cuando se está en búsqueda de ellos, lo mismo que en las mujeres de la clínica, todas mostraron presentar inconformidad de su imagen corporal después de casarse, igualmente se exteriorizaba en la edad adulta.

Son los integrantes de CCA los que se sienten más “estigmatizados” por su gordura en comparación con los demás informantes. En este sentido, podemos decir que el tiempo que han tenido obesidad, así como la proporción de peso corporal excedente son dos elementos que refuerzan la inconformidad de la imagen corporal y por tanto dan lugar a una búsqueda por modificarla, en contraste con las mujeres de la clínica y el grupo de TA, donde evidenciamos que la gordura no se padece desde edades tempranas y la búsqueda de estrategias para perder peso se presenta en menor medida en comparación con los primeros.

Existe distinción en cuanto a los estereotipos corporales, éstos se presentan de manera diferencial según la edad pero coincidente tanto en las mujeres de la clínica, de TA y CCA. La noción de delgadez extrema correspondiente a belleza y éxito se expresa en las mujeres más jóvenes, mientras que en las mujeres de mayor edad las representaciones de gordura y delgadez refieren aún los cánones anteriores, donde la delgadez es sinónimo de enfermedad y consunción. Además de que el haber estado embarazada y tener hijos influye en una noción de que cierta gordura sería “permitida” y la delgadez que se busca no sería extrema, mientras que aquellas mujeres que no han tenido la experiencia de la maternidad sí tenderían a desealarla.

Sin embargo, en todas ellas está latente la idea de adelgazamiento del cuerpo como una expresión positiva del mismo. Es decir, la representación de un cuerpo delgado, no necesariamente en extremo, se asocia a un arquetipo de belleza provisto por la sociedad. Lo contrario se valora negativamente, es decir, un cuerpo gordo es mal visto. En este sentido, observamos que para las mujeres de la clínica la gordura tiene una connotación de enfermedad o *factor de riesgo* más que una evocación peyorativa, particularmente porque el tratamiento al que estuvieron expuestas permite se conforme está idea, en cambio para las mujeres de los grupos de TA y CCA, aunque también prevalece la representación que asocia gordura como sinónimo de enfermedad y sobresale la idea de delgadez entrelazada a la belleza y al éxito.

La maternidad es un aspecto que se configura importante, encontramos que se ésta se expresa de manera contradictoria, por un lado podemos observar que comporta ciertos efectos positivos al permitirse cierta “gordura”, como se mencionó, no obstante muestra también ciertos aspectos negativos, en este sentido identificamos tres vías de expresión, una de éstas refiere a la problemática y dificultad de concebir asociada a la gordura, la segunda, y la más relevante, es el incremento de peso y la dificultad para perderlo después de los embarazos, particularmente en las mujeres que no tuvieron problemas de sobrepeso en la infancia, no obstante después de los embarazos el acumulo de peso se configura en problemático y es el punto de partida, en algunos casos, para la búsqueda de opciones para disminuir peso y recuperar la figura perdida, la tercer vía la observamos en aquellas que aún

no viven esta experiencia, encontramos “cierto temor” al embarazo y las modificaciones que podría traer éste en su cuerpo, particularmente cuando se ha logrado controlar el sobrepeso, sin embargo, y al menos en el discurso, se piensa en esta condición como algo inevitable, hasta deseable, si bien, en algunos casos, es postergado.

En el caso de las mujeres casadas observamos que los esposos y/o los hijos(as) también favorecen y refuerzan la inconformidad de la imagen corporal, de manera directa o indirecta - sobre todo los esposos- confrontan su imagen y potencializan ésta percepción negativa, además en algunos casos, son ellos quienes incitan a la búsqueda de alternativas para que sus esposas “bajen de peso”, en el caso de una de las mujeres de CCA y una de las informantes de la clínica, la gordura aparece como uno de los principales motivos que propició la separación. También podemos identificar en el caso de dos informantes de CCA, la relación madre e hija fue la que generó la inconformidad corporal así como la iniciación de alternativas para el control de peso.

En el caso del único hombre informante que tenemos, la gordura en él era percibida negativamente particularmente porque la padeció desde la infancia de manera extrema, sin embargo, lograba atenuarlo con otros elementos que potencializaba de su personalidad, sobre todo como proveedor y bueno para los negocios.

La forma en que se intenta confrontar *la gordura* es otra constante que identificamos, particularmente en aquellos con sobrepeso corporal con mayor tiempo. Todos ellos buscan resolver su malestar corporal, su gordura o sobrepeso mediante la implementación continua de algún régimen dietético y sólo una de las informantes de la clínica evidenció utilizar como medio para modificar su sobrepeso la actividad física. Si bien algunos de los miembros de TA, CCA e informantes de la clínica trataron de realizar algún tipo de ejercicio físico, éste era considerado como un elemento adicional y secundario que favorecería la pérdida de peso. También solo una de las informantes de CCA refirió el uso relativamente continuo de medicamentos para inhibir el apetito como medida para contrarrestar el sobrepeso, los demás informantes pudieron haber consumido algún medicamento o producto “para quemar la grasa” pero no fue de manera constante ni continua.

Podemos decir que en mayor medida los integrantes de CCA en comparación con las mujeres de TA y casi de manera inexistente las mujeres de la clínica intentaron poner en práctica y recurrieron de forma gradual y en diferentes momentos a la restricción de algún alimento considerado “no sano” o “grasoso” , además de la anulación o disminución de un tiempo de comida; no cenar, realizar una merienda o desayunar ligero, otros trataron de llevar alguna dieta mediante la prescripción o recomendación de nutriólogo o médico, también identificamos que intentaron seguir sugerencias de dietas conseguidas en revistas u otros espacios publicitarios así como incorporar alguna tendencia en su práctica alimentaria como “buscar ser vegetariana”, “dejar de comer carne” o basar su dieta en un tipo de alimento particular, jugos, verduras o carne, conjuntamente, en algunos casos, intentaron utilizar algún medicamento o sustancia para inhibir el apetito o “quemar la grasa” pero de forma menos continúa. Por tanto podemos decir que el régimen dietético se instala como un componente esencial que permitirá conseguir modificar la imagen corporal que desagrada, particularmente en aquellos que tienen un problema de sobrepeso considerable y tratan de modificarlo.

En síntesis, en prácticamente todos nuestros informantes con una inconformidad de la imagen corporal tratan de contrarrestarla mediante el régimen dietético, se busca perder peso a través de controlar o modificar sus comportamientos alimentarios para confrontar la inconformidad de la imagen corporal, el régimen se instaura sobre otros, actividad física continúa, uso de medicamentos inhibidores de apetito, productos mágicos adelgazantes, en algunos casos, acupuntura y hasta la asistencia a los grupos o la clínica, aunque podemos apreciar que los elementos utilizados pueden jerarquizarse no anulan la utilización de otras opciones en paralelo. Es decir, se busca incorporar algunas prácticas para aminorar la inconformidad corporal, señalamos que se trata de adherirse al régimen dietético, así observamos se tratan de implementar o seguir dietas particulares recomendadas por amigos o tratando de eliminar algunos alimentos de la dieta, realizando actividad que implique desgaste físico, usando productos para *quemar* grasa. De manera paralela, en algunos casos, también se recurre a los profesionales de tipo biomédico.

En este sentido observamos una diferencia entre los integrantes de los grupos de autoayuda y las mujeres de la clínica entorno a la búsqueda de estrategias para perder peso, los que

acuden a los grupos conocen y han experimentado directa o indirectamente estas opciones, las mujeres de la clínica, si bien, pueden tener referencia muy general de los grupos de autoayuda, particularmente los grupos de AA más que de Comedores o Tragones, no tiene la experiencia de ellos. Independientemente de que pudiesen tener la influencia de éstos, no se configura como un recurso a emplear puesto que no se identifica una necesidad para incorporarlos. Por otro lado, los integrantes de los grupos también recurren de forma similar a los recursos biomédicos, se ha tratado con el nutriólogo, bariatra o médico particular a la par que asisten a los grupos de autoayuda.

Cabe resaltar que la edad es un elemento que puede favorecer tanto la elección del tratamiento, como la búsqueda de diversas opciones para confrontar la problemática alimentaria, la mayoría de nuestros informantes son adultas y contamos con algunos informantes que ya son considerados adultos mayores, no tenemos informantes adolescentes. Encontramos una relación de esta etapa de la vida y las condiciones económicas en que se encuentran la mayoría de nuestros informantes. En el grupo de CCA solo una de ellas evidencia en su discurso problemas económicos, además de ser la más joven, en el caso de las mujeres de la clínica dos de ellas refiere problemática económica, a pesar de que una de ellas cuenta con negocio propio, las demás se encuentran, en gran medida, desahogados en ese sentido. En los demás informantes de CCA, TA y la clínica encontramos que se encuentran en una posición económica que les permite disponer de tiempo, ya sea porque cuentan con negocios propios o el esposo está en condiciones de manutención familiar. Lo anterior favorece, en algunos casos, la disponibilidad de tiempo en la búsqueda y adopción de alternativas para controlar el peso, en otros, también puede presentarse como un impedimento tanto para buscar como para optar por determinado tratamiento, como sería el caso de algunas mujeres de la clínica, donde la principal motivación de participar en el tratamiento obedece a cuestiones monetarias, recordemos que el tratamiento se ofertó como gratuito. Podemos concluir que tanto la edad como la condición económica son elementos que pueden favorecer o no la búsqueda y elección de determinada terapéutica para control de peso.

Independientemente de la cuestión económica, en las mujeres de TA y la clínica no se busca cambiar de manera persistente la conducta alimentaria porque no se percibe un problema de inconformidad corporal, en cambio en los integrantes de CCA sí. Lo anterior permite comience a configurarse un conflicto o malestar alimentario como resultado de intentar adoptar cambios en la manera de comer buscando instaurar en la práctica una *adecuada alimentación* a partir del régimen dietético, el cual se confronta con gustos y preferencias alimentarias por lo que las modificaciones del comportamiento alimentario se muestran inasequibles, sobre todo cuando los intentos por cambiar la práctica son infructuosos y tampoco se observan cambios en la imagen corporal. De esta forma podemos decir que se inicia con el malestar alimentario.

Independientemente de la intensidad de la búsqueda de opciones para perder peso relacionada, en algunos casos, evidentemente con la cantidad y el tiempo con kilos excedentes, es la implementación de una forma *medicalizada de la alimentación* la que accede a establecerse de manera contundente una obsesión o malestar alimentario. Lo anterior podemos sustentarlo en el caso de las mujeres de la Clínica que se apegaron al diseño alimentario implementado por la nutrióloga, donde tenían que modificar su manera de comer estableciendo horarios, porciones, equivalencias y grupos de alimentos, es decir una *normalización* de su dieta, la cual empieza a configurarse como problemática. En algunos casos, al concluir su tratamiento o en el curso de éste se comenzó a generar una idea de falta de control hacia la conducta alimentaria, una persistencia por tratar de implementar el plan de alimentos, así como el miedo a recuperar el peso perdido o angustia por no conseguir la pérdida de éste.

De igual forma podemos observarlo en las mujeres del grupo de TA, dos de ellas no tuvieron una búsqueda intensa de opciones para perder peso ni tampoco sufrieron obesidad desde la infancia, sin embargo integraron un plan alimentario; mucho más restringido y estricto que el diseño dietético de las mujeres de la clínica; lo cual produce el establecimiento de manera definitiva del malestar alimentario; hay una obsesión por llevar a cabo el plan de alimentos, falta de control por no poder implementarlo al pie de la letra, angustia por no bajar de peso, así como miedo a recuperar el peso perdido. En el caso de la otra integrante que si presentó una búsqueda más intensa para controlar el peso corporal mediante la dieta, aunque no tenía

sobrepeso evidente, es también la medicalización de la dieta que impacta en su práctica alimentaria por la utilización constante de la prescripción nutricional más que el control grupal lo que hace se constituya el malestar alimentario, hace referencia a su alimentación no en función de alimentos sino de nutrientes.

En el caso de los integrantes de CCA encontramos diferencias en cuanto a los sentimientos asociados a la falta de control al alimentarse, angustia por no bajar de peso y miedo a recuperar peso, estas características se expresan en mayor grado entre los que han controlado su alimentación bajo la prescripción nutricional en comparación con aquéllos que sólo se apegan a la abstinencia como recurso para controlar el peso. Estas diferencias se expresan porque se piensa es más efectiva la prescripción nutricional que la abstinencia.

En el caso del grupo de TA la rigurosidad del plan de alimentos es tal que éste sólo puede seguirse dentro del grupo; recordemos que mediante una guía mensual se indica el tipo y cantidad de alimento que debe consumirse en cada tiempo de comida, lo anterior intensifican los sentimientos antes mencionados sobre todo cuando no se encuentran dentro del contexto grupal. A pesar de que las mujeres de la clínica y de CCA refieren llevar un plan dietético más laxo, también experimentaban una confrontación al querer seguir su régimen con sus actividades familiares, dificultades dadas por las condiciones de trabajo, en sí, se confrontaba el régimen con sus actividades sociales. Una particularidad en estas mujeres es que sí consiguen perder peso corporal mediante la dieta, constantemente se encuentran angustiadas por recuperar peso o no poder controlar su alimentación.

Otro elemento de concordancia que muestran las informantes que acceden a la *normalización* dietética es la interiorización de la idea de que la alimentación debe ser leída casi exclusivamente, en términos de cuidados a la salud. En las mujeres de la clínica esta noción impera de manera más determinante que en las mujeres de TA y de CCA, quienes si bien refieren este componente en la alimentación no se le dan el mismo valor que en las mujeres de la clínica. En los grupos se entremezclan las nociones de salud y el anhelo por la delgadez, en el que este último se muestra como central. En las mujeres de la Clínica obviamente estas nociones sobre el cuidado a la salud, se instalan como prioritarias debido al el contacto directo

con el tratamiento al que estuvieron expuestas, pues se fundamentaba desde la perspectiva de cuidados y prevención.

Cuando la implementación del régimen dietético es a partir de prescripción nutricional y se obtienen resultados positivos en el peso corporal e independientemente de que puede efectuar la dieta en estos términos por lapsos variables, en nuestras informantes encontramos que éste fue desde seis meses hasta nueve años, los efectos de la dieta medicalizada en el peso corporal son otro de los elementos que favorece de manera contradictoria el malestar alimentario, por un lado, se instaura la idea de que se requiere “normar” la conducta alimentaria porque es una forma efectiva y adecuada de lograr cambios en el peso corporal y, por otro, se confronta con los gustos, hábitos, costumbres y la práctica alimentaria con el contexto social. De esta forma el malestar alimentario se potencializa constantemente en obsesivo, sobre todo cuando se deja por un tiempo y posteriormente se quiere volver a implementar.

En este sentido, podemos establecer diferencias fundamentales en términos del establecimiento del malestar alimentario en cuanto a que éste trasciende al plano de “trastorno” o “patología”. En el caso de las mujeres de la Clínica el malestar alimentario se queda a éste nivel, malestar alimentario que puede generar, en algunas de ellas, cierta obsesión al tratar de implementar el régimen de manera constante buscando perder peso corporal. A pesar de que encontramos varios elementos que podrían estar encaminados a pensar el malestar en términos biomédicos de *trastorno* como la falta de control alimentario, la angustia por la pérdida o recuperación del peso y en algunos casos el consumo abundante de alimentos que eran considerados como una forma de “*pobletear*”⁵⁴ *todo el día*” de “andar picando”, no obstante no hay elementos que potencialicen la concepción en este sentido, más bien, como señalamos más adelante, se instaura la noción de enfermedad a partir de caracterizar el “descontrol metabólico” relacionado directamente con la obesidad más que focalizar en la problemática alimentaria .

⁵⁴ *Pobletear* es un término utilizado por una de nuestras informantes refiriendo al hecho de estar comiendo probadas o picando alimentos o comidas sin tener hambre durante el día.

En cambio, en las mujeres de los grupos de TA y CCA, el malestar alimentario se concibe más próximo a un comportamiento “patológico”, fundamentalmente a través de lo que el propio grupo difunde y concibe del problema alimentario entre sus integrantes, ya que una parte de su ideología se sustenta en reconocer a sus miembros como “enfermos” por su falta de control en el comer, o bien, dependientes de un alimento que los impulsa, como una característica de los grupos de ayuda mutua, que siguen el modelo de Alcohólicos Anónimos.

Al interior de la dinámica de CCA y TA encontramos algunas divergencias, en el caso de TA la primicia que se da al régimen dietético a través de un “plan de alimentos”. Otras de las diferencias particulares que apreciamos en el caso de TA es el ritual de pesarse semanalmente, se registra el peso corporal, es a través de éste donde se ven los efectos del plan de alimentos. Se lleva un récord del peso el cual se hace evidente públicamente cada semana para evidenciar los logros o fracasos en la pérdida del mismo, ésta se relacionan con el apego al plan de alimentos, lo cual funciona como estimulante para continuar con el plan y ver los efectos en la pérdida de peso corporal. La tribuna, adquiere suma importancia, ya que se considera un espacio donde se pueden *regalar* las emociones que provocan los alimentos, en teoría el descontrol alimentario, también se identifica el alimento que las *descoyunta*, causante de la pérdida de control. Este alimento debe eliminarse del plan de alimentos, aunque eventualmente puede permitirse si se encuentra dentro del plan de alimentos en cantidad y forma de preparación recomendada. En el espacio de la tribuna, el discurso prevalece en relación a las emociones que impiden se lleve el plan alimentario diario, más que las emociones vinculadas a los sucesos de vida como sería el caso de los integrantes de CCA.

En el caso de CCA se enfocan más en la terapia de reflejo donde se debe trabajar la problemática emocional que se considera es la causante del problema alimentario, así la idea es que puedan realizar una especie de “examen de vida” donde identificaran el motivo por el cual se da el descontrol alimentario, así como la identificación del alimento que “impulsa”. Por otro lado, no recomiendan llevar ningún tipo de dieta o plan alimentario, sino se apela a la abstinencia, que consiste en restringir el alimento que provoca la compulsión o descontrol alimentario, también existe resistencia al uso de la báscula. El discurso del grupo propone

primeramente trabajar las emociones y una vez resuelto se verá el impacto en el control alimentario.

En las mujeres de la Clínica no han padecido el problema de la obesidad en comparación con CCA, ellas identifican tener un problema de sobrepeso u obesidad, se *tiene* obesidad pero no se es obesa, lo cual implica una gran diferencia al igual que las mujeres de TA. Enfrentan un problema de sobrepeso actual, esta diferencia es fundamental para la búsqueda de opciones para perder peso corporal, la cual es mucho menor o casi inexistente en comparación con los informantes de los grupos de autoayuda, particularmente de CCA. Por otro lado, su desconocimiento y nula experiencia sobre los grupos anónimos así como la percepción no conflictiva de su imagen corporal y conducta alimentaria no permite se presente como opción, aunque también identificamos en estas mujeres que el régimen dietético es una de las formas utilizadas para perder peso corporal, éste es menos exacerbado que en los integrantes de los grupos.

Sin embargo, podemos identificar que al igual que en los informantes de los grupos, la noción implícita de que el sobrepeso u obesidad son una enfermedad está latente, es por esto que acuden al tratamiento Clínico. En primera instancia la estética es importante pero se muestra potencializado después del tratamiento clínico matizado por un discurso enfocado a los cuidados de la salud y prevención. El tratamiento accede a vincularse lo estético y médico en términos de cuidados a la salud.

Como señalamos la trayectoria en la búsqueda de opciones en las mujeres de la Clínica para perder peso corporal es menor, en parte, porque la percepción sobre la imagen corporal también lo es, el régimen es utilizado como una forma para perder peso aún antes de llegar al tratamiento clínico, sin embargo, el régimen se exagera con el tratamiento clínico, obviamente porque en éste se basa. Identificamos una confrontación, al igual que en los integrantes de los grupos, entre sus gustos y preferencias alimentarias cuando se pretende incorporar o modificar su comportamiento alimentario. Evidentemente observamos, al igual que las mujeres de TA y CCA que llevaron un control alimentario por esta vía, una *medicalización de la alimentación*, los horarios, la cantidad o porciones, los tipos y

características de alimentos se tratan de instaurar, en algunos casos se logra y en otros no, pero siempre identificamos conflicto, no solo en el gusto sino también en la comprensión del lenguaje utilizado por los clínicos, no se entienden cómo manejar las porciones, grupos equivalentes o combinaciones de alimentos, lo cual provoca, en algunos casos, la percepción de consumir más alimentos de los que se acostumbraban.

En el caso de las mujeres de la Clínica el tratamiento médico introduce la idea sobre la correspondencia de obesidad entendida en términos de enfermedad, particularmente al evidenciar “descontrol metabólico”. Si bien no hay una asociación clara en este sentido desde la perspectiva de estas mujeres, es el tratamiento médico donde se comprueba, mediante las pruebas de laboratorio, que efectivamente su problema de sobrepeso u obesidad es sinónimo de enfermedad, puesto que todas ellas presentaron alteración en la presión arterial, colesterol, perfil de lípidos. La representación de los estereotipos corporales actuales sobre gordura subyace a la noción central de que la problemática tiene que ver con la salud, ésta circunstancia no es evidenciada claramente en los integrantes de CCA y TA.

El tratamiento clínico transmite el mensaje de enfermedad, en el sentido de que la obesidad causa el daño metabólico, el manejo terapéutico se enfoca en introducir la noción de recuperación bajo el control, prevención y cuidado, es decir no se aborda desde el sentido de enfermedad incurable como sería el caso de los grupos de TA y CCA. La correspondencia se evidencia cuando las mujeres de la Clínica identifican los beneficios del tratamiento en cuanto a la disminución de sus niveles de presión, colesterol y triglicéridos aunque no del peso corporal. Entonces se asimila que el problema central o la enfermedad no es directamente la forma de comer ni la comida sino la obesidad, aunque se requiere modificarla para contrarrestarla, en este sentido el control nutricional introduce la idea de la importancia de delgadez bajo la prescripción nutricional asociados a la prevención y cuidados a la salud.

En el caso de los informantes de CCA y TA que modificaron y transformaron su comportamiento alimentario evidenciamos esta identificación afectiva con otros integrantes del grupo, otros significantes, en función de comprensión, apoyo, fraternidad sentida y compartida. Es muy claro en las integrantes del grupo de TA, éste llega a representar una

extensión de su vida, forma parte de su círculo social donde no sólo se encuentra comprensión apoyo para apegarse al plan, se dan recetas, se puede cocinar para el otro, se reúnen constantemente fuera del espacio grupal y mantienen comunicación constante, nosotros presenciamos visitas anuales con el grupo cede en Torreón, también se encuentran y fortalecen lazos de amistad profundas.

En el caso del grupo de CCA observamos que en primera instancia hay una conexión entre la situación de vida y la terapéutica ofrecida por el grupo en su componente emocional, aunque posteriormente ésta pasa a segundo plano y se observa una re-socialización dada en los dos integrantes que tienen mayor antigüedad en el grupo, lo cual no se gestó en los informantes con menor tiempo. El espacio grupal cubre funciones afectivas, de control y poder, en parte esta situación provocó rivalidad y envidias, que llevaron a la división y casi desaparición del grupo.

En la clínica el componente psicológico se presentaba como un espacio de interacción social y motivación para implementar la dieta, sin embargo no accedió se gestaran vínculos suficientemente fuertes como en el caso de TA y CCA. En el caso de las mujeres de la clínica que perdieron peso corporal y una vez concluido el tratamiento añoraban la parte psicológica del mismo, reconocían la importancia y necesidad de éste para llevar su dieta.

Asimilación de los estereotipos corporales formas de entender y ver el cuerpo: anhelo por la delgadez

Encontramos, en todos los casos, se muestra en primera instancia una inconformidad de la imagen corporal, la cual es diferencial según la cantidad de kilos y el tiempo que se tenga con este malestar, sin embargo la idea, en algunos casos explícitos, en otros no tanto, de que la obesidad o el sobrepeso son una enfermedad se manifiesta, en este sentido podemos observar cómo el discurso biomédico internaliza en la percepción de nuestros informantes sobre la gordura como sinónimo de enfermedad, aunque en la práctica encontramos algunas divergencias.

La obesidad puede vivirse de manera diferencial cuando se identifican estragos que merman la capacidad física y la consideración de ser percibida solamente cómo un *estigma* (en términos de Goffman, 2006) o atributo negativo. En este sentido, encontramos que puede haber un problema severo de obesidad pero ésta se visualiza problemática hasta que se corresponde con una incapacidad física, como dificultades para caminar y moverse. Sin embargo en casi todos nuestros informantes, el sobrepeso u obesidad pueden presentarse, pero no se identifican de manera directa efectos adversos en la salud y sí están forman parte del discurso en un segundo plano, mostrándose de manera sobresaliente los sentimiento de “desvalorización” o “estigmatización” más que los relacionados con la salud.

Las repercusiones de sentirse estigmatizado tienen connotaciones psicológicas contundentes y repercuten de manera sustantiva en su comportamiento alimentario, entre otros. Así, evidenciamos que se pospone realizar actividades hasta que no se pierda peso, es decir, se *normalice* su imagen corporal y su peso; actividades como establecer una relación de pareja, convivir con amigos, salir a fiestas, retener al esposo, buscar un empleo o estudiar, se postergarían hasta lograr la meta y mientras ello ocurre, se muestra más un aislamiento social. No es nuestro interés, ni obedece hacer un análisis pormenorizado del estigma de la obesidad, sin embargo, mostramos la evidencia de ésta ya enunciada por algunos autores (Fischler, 1995b; Gracia, 2002; Contreras, 2002; Markey, 2004; Nava, 2009) en nuestros informantes.

Es importante señalar la distinción entre la percepción que tienen los informantes en cuanto a *tener* obesidad o sobrepeso o bien, *ser* obeso (a). Esta noción nos permite identificar las representaciones diferenciales de los distintos informantes al respecto. Los integrantes de los grupos de autoayuda que han padecido obesidad desde la infancia perciben esta circunstancia como parte de su identidad, es decir, les pertenece, la tienen consigo desde pequeños y es parte de sí mismos, cuando logran perder el peso, no se reconocen porque siempre han sido gordos: *no me reconocía, sentía que no era yo*. Sin embargo, aquéllos que no padecieron obesidad en la infancia sino más bien en el transcurso de su vida fueron acumulando los kilos, la percepción de ésta es diferente en dos sentidos, uno porque no experimentan la estigmatización por la obesidad o la experimentan de manera diferente,

siempre fui delgada ahora que estoy gorda siento que todos me los señalan. Dos, porque el *tener y no ser* no trastoca su identidad y ésta tiene más posibilidades de eliminarse a diferencia de los primeros en que su *ser* implica una transformación más compleja. Por tanto, en los que han padecido obesidad, desde su percepción, la búsqueda por eliminar este atributo negativo es mayor y particularmente cuando ésta se percibe como impedimento para realizar actividades que los *normales* hacen.

Es innegable que las formas gruesas del cuerpo son visualizadas peyorativamente y se hace evidente la estigmatización de los sujetos que la padecen. En nuestros informantes comprobamos una clara percepción de estigmatización por su obesidad, que tiene efectos diferenciales en aquéllos que sólo tienen sobrepeso en comparación con los que fueron obesos desde la infancia.

La representación que se corresponde a asociar la obesidad como una enfermedad queda un tanto desdibujada y se evidencia un peso sustantivo de los estereotipos corporales asociados a la delgadez como sinónimo de belleza. En nuestros informantes ninguno refiere la búsqueda de para perder peso en primera instancia por considerar que afecta su salud, sino por el deseo de modificar su imagen corporal, aunque también puede reconocerse esta concordancia, no impera como principal en su discurso ni en su la práctica.

La inconformidad de la imagen corporal, particularmente en aquellos con mayor peso, se traduce en una búsqueda constante por modificarla. Encontramos que el recurso utilizado de manera principal es mediante el régimen dietético, tratando de integrarse por medio de prescripción nutricional o mediante la restricción de algunos alimentos considerados “no sanos”, aunque pueden utilizarse otros recursos, éstos se utilizan de manera secundaria. En este sentido podemos identificar como el discurso biomédico también internaliza las representaciones sobre la correspondencia de la alimentación en términos de “medicina” o “cura”.

Llegar a los grupos de autoayuda obedece en gran parte a que hay una influencia o conocimiento acerca de las agrupaciones, particularmente de los grupos AA, sin embargo

encontramos que con antelación o de manera paralela pueden utilizarse otro tipo de recursos como la prescripción nutricional, consumo de medicamentos inhibidores de apetito o productos para “quemar la grasa”. No hay una asociación entre una búsqueda exhaustiva para modificar la imagen corporal y la llegada a los grupos. Encontramos más bien se armoniza la cuestión emocional al manejo que hacen algunos grupos de la problemática alimentaria. No optar por la opción de las agrupaciones se da por desconocimiento de éstos, sobre todo los relacionados con la comida y fundamentalmente porque no se identifica un problema alimentario o de imagen corporal que los requiera.

Encontramos que dependiendo de la opción que se elija para contrarrestar el sobrepeso y la inconformidad en la imagen corporal se instaura la idea de “enfermedad” de manera diferencial. En el caso de los integrantes de los grupos, que tenían la concepción aunque no de manera clara sobre la obesidad como enfermedad, el discurso grupal gesta e introduce la noción contraria: la enfermedad está en las maneras de comer, es decir el problema en sí es la comida no la gordura. En el caso de las mujeres de la Clínica es a la inversa, se refuerza la idea de que efectivamente la enfermedad es la gordura.

Estas ideas se interiorizan y se hacen evidentes en aquéllos que se adhieren a la terapéutica, porque en gran medida se asimilan como enfermos, encontramos éstas correspondencias en algunos integrantes de los grupos, así como en las mujeres de la Clínica y las que se sometieron a la prescripción nutricional de forma independiente y se apegaron al tratamiento.

El apegarse al tratamiento sea mediante la abstinencia, el plan alimentario o la prescripción nutricional obviamente da como resultado una reducción en el peso corporal, en gran parte porque se asimila de manera contundente las nociones de enfermedad, pero también encontramos que las personas se encuentran en una situación emocionalmente fuerte que lo permite, independientemente del sobrepeso y la cantidad de recursos empleados para confrontarlo.

No obstante la efectividad del tratamiento, identificamos que unos no consiguen mantener el peso corporal perdido ni controlar su manera de comer y es el motivo principal por el cual

abandonan la terapia, sea grupal o prescripción nutricional en la Clínica. Podemos decir que la asimilación de problemática, tanto alimentaria como corporal, no trascendió del todo a la modificación de la conducta alimentaria en la práctica.

Los que continúan en las agrupaciones, en parte se debe a la efectividad de la terapéutica dado el apego que se conjunta con la cuestión emotiva, pero por otro lado, también el espacio grupal juega un papel importante en la sustitución o reforzamiento de lazos afectivos fuertes que pueden hacer falta en las mujeres. En el caso del único hombre encontramos que el grupo también cumple estas funciones y además puede, mediante ellos, ejercer poder y control.

En los estudios de Canals (2002) que ha profundizado sobre los grupos de autoayuda, subraya que la ayuda mutua está basada en la reciprocidad lo cual permite "la redefinición autónoma de las situaciones e identidades y [...]dependiendo de las estructuras organizativas se observa el predominio de las relaciones de reciprocidad horizontal, simétrica y generalizada, en otros casos predomina las funciones de redistribución ligadas a otros mecanismo, [...] el predominio de una de estas relaciones no supone la ausencia absoluta de la otra sino una variada gama de articulaciones" (Canals, 2002:283-285). En nuestro caso podemos identificar que la estructura de TA se expresaba prioritariamente en términos de reciprocidad horizontal y simétrica lo que permite la redefinición de identidades, en los integrantes de CCA no tenemos elementos suficientes que nos permitan profundizar en los elementos estructurales de la agrupación debido las dificultades iniciales que obstaculizaron abordar la dinámica grupal, no obstante podemos aproximar que la situación se muestra opuesta, dado que se propició la división y casi desaparición del grupo.

La interiorización de la *normalización alimentaria* en las representaciones y prácticas alimentarias

Nosotros retomamos una noción que Gracia (2007b) ha trabajado sobre la normalización o medicalización alimentaria, la autora define ésta "*como un patrón alimentario específico, con base en la restricción o promoción del consumo de ciertos alimentos y la prescripción de un*

conjunto de disposiciones relacionadas con el modo de establecerlo". En este sentido, encontramos en nuestros informantes que se pudo haber empezado a gestar cierto malestar alimentario al tratar de modificar la conducta alimentaria, sin embargo independientemente del sobrepeso y el tiempo con éste así como la utilización de los recursos implementados para confrontarlo, identificamos que se instala cierto malestar o conflicto alimentario cuando de manera persistente se trata de adoptar una determinada manera de comer: "la dieta equilibrada"; una forma de medicalización o normalización alimentaria, que llevara a la transformación de la imagen corporal.

La *normalización* dietética permite la interiorización de la idea de que la alimentación debe ser leída casi exclusivamente, en términos de cuidados a la salud, como el "remedio para la enfermedad". Observamos que prácticamente todos nuestros informantes buscaron modificar en mayor o menor grado su imagen corporal mediante el régimen dietético. Éste se instaura sobre otros recursos para confrontar el sobrepeso. Encontramos que hay una búsqueda intensa y persistente en aquellos con mayor sobrepeso, no obstante, independientemente de la intensidad de la búsqueda de opciones para perder peso y la obesidad, encontramos la noción interiorizada la dieta como una forma de "medicina" que permitirá contrarrestar el problema.

Independientemente de que se haya optado por la terapia grupal o la prescripción nutricional, observamos que modificar la manera de comer estableciendo horarios, porciones, equivalencias y grupos de alimentos, es decir una *normalización* de su dieta genera algunas de las características que definen el comportamiento alimentario como "trastorno".

El nivel de rigidez con que se maneje la prescripción nutricional impacta obviamente en la pérdida de peso corporal, no obstante también se genera la percepción de falta de control hacia la conducta alimentaria, una persistencia u obsesión por tratar de implementar el plan de alimentos, así como el miedo a recuperar el peso perdido o angustia por no conseguir la pérdida de éste. En síntesis podemos decir que la utilización constante de la medicalización alimentaria propicia conductas que se corresponden al diagnóstico clínico de *trastornos alimentarios*.

En un estudio de Gracia (2005c) sobre la atención de pacientes anoréxicos en diferentes centros asistenciales, muestra cómo “la re-inauguración de la normalidad dietética” favorece, en este tipo de personas, las prácticas restrictivas y la medida obsesiva en el consumo de los alimentos al tratar de implementar dicha normalización dietética en cuanto a tiempo, lugar, contenido, periodicidad o duración de la alimentación, que sólo pueden implementarse parcialmente a las maneras de comer en algunas personas y por tanto se dificulta la aplicación efectiva del tratamiento, generando un conflicto mayor cuando estas personas deben reintegrarse al contexto social. Si bien nosotros no abordamos la problemática de anorexia, podemos establecer algunas concordancias de dicho estudio en nuestros informantes, particularmente en el caso de las mujeres del grupo de TA, donde la implementación del plan de alimentos riguroso, accede a una restricción y práctica alimentaria que difícilmente puede efectuarse en el contexto social fuera del grupo, no se corresponde a los horarios, cantidades y tipos de alimentos que la convivencia familiar exige, generando ansiedad, falta de control, frustración y hasta depresión.

En diferentes gradientes podemos observar como la *norma dietética* no toma en cuenta las funciones sociales de la comida, pues la restricción alimentaria dada la intención de implementar una *dieta medicalizada* dificulta, llevarse a la práctica por contraponerse con el contexto social. Observamos se experimenta una confrontación al querer seguir su régimen con sus actividades familiares, dificultades dadas por las condiciones de trabajo, en sí, se confrontaba la prescripción nutricional con actividades sociales fundamentales.

Podemos decir que la “normalización” o “medicalización” de la dieta contribuye de manera sustantiva a que se visualice la alimentación como “malestar alimentario”, corroboramos que, por un lado se instala la idea de que los alimentos son el vehículo para obtener la “salud” la cual se mide en términos de pérdida de peso corporal a través de una “alimentación sana” pero, por otro lado también la intención de llevar a cabo el control alimentario accede a visualizarlo como causantes del malestar alimentario. La intención de normalización de la dieta no es asequible en nuestras informantes, se confronta constantemente y por consiguiente genera malestar y conflicto.

La interiorización de la noción de “*trastorno alimentario*” recuperada por el discurso grupal

Debemos reconocer que una de nuestras posibles limitantes que nos restringe a profundizar en la dinámica grupal, al menos en el grupo de CCA, fue que no concretamos, debido a nuestra presentación inicial, trabajar de manera grupal y sólo estuvimos en las reuniones grupales aproximadamente un mes. Lo anterior dificulta hacer un análisis a fondo de las cuestiones que llevaron a la fractura del grupo y sólo podemos aproximar a las manifestaciones de liderazgo conflictivas respecto a la interpretación de diferentes dinámicas dadas en el grupo que llevó a la deserción de los miembros de recién ingreso. Sin embargo, contamos con elementos discursivos a nivel particular donde logramos identificar y comprobar lo observado en las pocas sesiones que presenciamos que avalan nuestras aseveraciones. En el grupo de TA la limitante principal fue que el grupo aún no se conformaba, estaba incipiente y las sesiones como tal no se efectuaban, sin embargo, la cercanía con una de las iniciadoras y su relación con su grupo en Torreón nos permitió contar con información valiosa.

Identificamos en la dinámica de ambos grupos, TA y CCA, se expresa el comportamiento alimentario como patológico, en términos biomédicos de *Trastorno Alimentario* reelaborado por el discurso grupal. Esta noción es suministrada a partir del reconocimiento que deben realizar ellos sobre su problemática en torno a la alimentación. La manera de comer se asume como la enfermedad, no el sobrepeso ni la obesidad, éstos últimos más bien son percibidos como la consecuencia de *la enfermedad alimentaria*. Aunque encontramos que la obesidad es vista en primera instancia como una enfermedad y se experimenta como estigma (términos de Goffman, 2006) y en segunda instancia, *a posteriori*, se muestra como un defecto de carácter expresado en la falta de control ante la abundancia alimentaria, aunque así hayan comido siempre, ésta toma un sentido de atributo negativo y se aprecia como *desacreditable* y es considerada entonces la causa y no la consecuencia.

El primer paso para integrarse al grupo será el reconocerse como enfermo, en términos de comedor compulsivo o tragón. Cabe mencionar que ninguno de los informantes, tanto de CCA como de TA, se consideraba “enfermo de comida”, en sus discursos no se evidenció el

reconocimiento de su comportamiento alimentario asociado al *atracción* y las conductas asociadas a éste.

Este reconocimiento, implica explícitamente que se es un tragón o comedor compulsivo, por tanto, es parte de su identidad. La enfermedad la traen consigo, motivo por el cual los recursos utilizados no han sido fructíferos, resulta complicado apegarse a régimen dietético y por consecuencia perder peso corporal. Esta enfermedad, además, es incurable, sólo se controla, para lograrlo requerirá de las herramientas terapéuticas que el grupo ofrece, lo cual implica dependencia a éste. En nuestros informantes observamos, en algunos de ellos, una resistencia a asumirse como enfermos de comida, es decir como tragón o comedor compulsivo. Sin embargo, a pesar de esta resistencia terminan por apropiarse superficialmente de la noción de enfermedad. Si bien, desde la biomedicina, no hay un consenso claro sobre la cronicidad de la enfermedad, en el grupo se asume como tal.

Una vez reconocido se es un enfermo de comida, el grupo introduce otro elemento que accede continúe la conformación del *trastorno*, que parte del discurso médico. Así, evidenciamos que las nociones de *descontrol* o *pérdida de control* están contenidas en el discurso del grupo expresado por las palabras *compulsión* o *descoyuntamiento*. Esto lo provoca un alimento o comida particular, que primeramente debe identificarse para posteriormente evitarse a través de la abstinencia. Nosotros identificamos, que en algunos de nuestros informantes particularmente en aquellos que tenían poco tiempo en los grupos, aún no encontraban el alimento particular que desatara el descontrol. Los más antiguos ya lo identificaban asociándolo a las emociones vinculadas con recuerdos y vivencias en la infancia, por tanto el alimento accedía un contenido emotivo fuerte. Sin embargo, nosotros no identificamos en ninguno de nuestros informantes, al menos en el discurso, haberse atracado en términos biomédicos, de un alimento en particular considerando la definición biomédica característica del *atracción* de sobrealimentarse durante un periodo de tiempo de aproximadamente dos horas, comer una cantidad de alimento mayor a lo que se comería durante un periodo de tiempo y circunstancias similares, además del sentimiento de pérdida de control y angustia por esta conducta. Más bien, encontramos que estos alimentos se consumían más por gusto y por el contenido emotivo que evocaban, sus gustos y preferencias

no se cuestionaban hasta este momento: *a mí me gusta la comida en general, bueno mi comida, así comíamos siempre, estaba acostumbrados a comer así*. El descontrol o pérdida de control percibido se hace en función de querer adherirse a un régimen dietético y no lograrlo por consiguiente se genera angustia. El comportamiento alimentario es en sí abundante, rico en calorías y con una particularidad cultural característica ya mencionada, así que la sobrealimentación es una constante y no identificamos en ninguna de las informantes tengan una problemática alimentaria en los términos descritos por la definición biomédica de “atracción alimentario” o características que llevan al descontrol. No obstante se evidencia la internalización en las representaciones sobre la noción de “trastorno alimentario”.

Los informantes que modificaron su comportamiento alimentario a través de asumirse enfermos y controlar su enfermedad con los recursos grupales acceden a una modificación de su imagen corporal, que produce a su vez una modificación de su identidad. En nuestros informantes sólo uno de los casos padeció la obesidad desde la infancia y accede a esta modificación, las otras dos fueron delgadas, esto les permite, en parte, recuperar su identidad en términos en qué ésta se proyectaba por la imagen corporal. Así, se es *otro* porque se está delgado, sin embargo, identificamos cómo el hecho de estar delgado no les devuelve la salud, se continúa enfermo a pesar de estar delgado, la delgadez por sí misma no es equiparable a estar sano sino más bien se es un enfermo controlado. Así vemos que el grupo accede, por un lado, *la estructura de plausibilidad eficaz* (en términos de Berger, 2008) ya que permite la *ruptura biográfica* suscribiendo a la modificación de su imagen corporal, es decir, ya no son gordos ahora son delgados o regresaron a ser delgados gracias a las herramientas terapéuticas del grupo, plan de alimentos o abstinencia y a la vez suscribe su permanencia y continuidad, se es enfermo aunque se esté delgado pero para estar delgado se requiere las herramientas grupales. Así vemos que a través de la re-socialización en un entorno que introduce la noción de enfermedad, entendiéndolo como *trastorno por atracción* y accede se configure el comportamiento alimentario como patológico aunque éste se modifique o se controle.

El discurso grupal, por influencia biomédica, accede a concebir el comportamiento alimentario como patológico, es decir como *trastorno*, pero como ya señalamos en los grupos no se habla

explícitamente de las características biomédicas que definen el trastorno sino más bien se reelaboran éstas a partir de dos elementos claves: asumirse enfermo incurable e identificar el alimento causante del descontrol o pérdida de control.

La noción de “trastorno por atracón” se asimila, se asume y se transmite como tal a los miembros del grupo a través de la dinámica de éstos y generando en algunos de nuestros informantes, la interiorización de que su conducta alimentaria es patológica. Aunque no exista aún claridad en los criterios de diagnóstico clínico, los grupos de autoayuda se apropian de la condición de “trastorno” y su discurso gira en torno asumir la conducta alimentaria en un malestar alimentario, y en este sentido se le considera como un tipo de conducta enfermante, a través de apropiarse de dos nociones fundamentales, la identidad de enfermo crónico en términos de reconocerse como “tragón o comedor” y segundo, la idea reelaborada que correspondería al “atracción” asociado con la identificación del alimento causante de la pérdida de control alimentario.

En este sentido encontramos algunos estudios, Módena (2007) y Sánchez Bandala (2007), que han abordado la problemática de los grupos de autoayuda referidos al problema del alcoholismo. En dichos estudios se señala que es la dinámica grupal donde se construye la identidad del enfermo, ésta “se genera paulatinamente y cotidianamente a partir del cumplimiento de las etapas rituales y de la interacción entre los miembros de los grupos, así como también la intensificación de vínculo entre los miembros que tiende a producir”, según Módena “una fuerte religación afectiva a partir de la ayuda mutua y la consecuente reciprocidad entre ellos” (Módena, 2007:596-598), tal como nosotros lo observamos en el grupo de TA y los dos miembros más antiguos del grupo de CCA, en los miembros más nuevos esta situación no se da. En el estudio de Sánchez señala cómo los sujetos se constituyen en enfermos alcohólicos como resultado de una trayectoria vital específica, no obstante el grupo de AA que ella analizó tiene un papel central en esta conformación.

La ideación de la obesidad como enfermedad metabólica caracterizada por el descontrol metabólico

El tratamiento en la Clínica introduce la idea de que la obesidad debe ser entendida en términos de enfermedad, si bien, ya habíamos identificado una asociación al respecto, el tratamiento médico nutricional la fortalece.

Encontramos que esta noción se establece mediante la evidencia del “descontrol metabólico”. Inicialmente no hay una asociación clara en este sentido desde la perspectiva de estas mujeres, puesto que todas ellas se inclinan inicialmente por buscar la pérdida de peso no tanto en términos de recuperar la salud sino de estética, pero el tratamiento médico comprueba mediante las pruebas de laboratorio que existe una alteración en la presión arterial, colesterol, perfil de lípidos. Estos datos permiten corroborar y fortalecer la ideación de la obesidad como enfermedad metabólica colocando la importancia en el peso corporal, es decir en la obesidad, la forma de comer y alimentarse es de forma indirecta, tanto la causa del problema cómo el remedio pero se visualiza en segundo plano.

Otros elementos que permiten la interiorización de ésta noción los observamos cuando se identifica la correspondencia de los beneficios del tratamiento en cuanto a la disminución en sus niveles de presión, colesterol y triglicéridos aunque no del peso corporal. Entonces se asimila que el problema central o la enfermedad no es directamente la forma de comer ni la comida sino la obesidad, aunque se requiere modificarla para contrarrestarla, en este sentido el control nutricional introduce la idea de la importancia de delgadez bajo la prescripción nutricional asociados a la prevención y cuidados a la salud.

El tratamiento clínico transmite el mensaje de enfermedad en este sentido y el manejo terapéutico se enfoca en introducir la noción de recuperación bajo el control, prevención y cuidado, es decir no se aborda desde la noción de enfermedad incurable, podemos decir que no se permite explícitamente la visualización patológica en términos de *Trastorno Alimentario –por atracón-* no se habla de descontrol, ni ansiedad, atracón o compulsión, más bien, se

maneja la disciplina, la organización y se estimula, a través del componente psicológico, por medio de talleres motivacionales la adherencia al tratamiento.

La posición médico-nutricional es recomendar cambios sustantivos en los hábitos alimentario que impacten en el peso corporal y se controle la enfermedad metabólica, no obstante observamos cierta contradicción al respecto. Desde el punto de vista nutricional se espera una pérdida de peso considerada saludable, es decir los resultados de la dieta tienen que impactar en el peso corporal. Desde la perspectiva de los médicos los resultados se evidencian en disminución de los niveles sanguíneos de lípidos y presión arterial aunque no se llegue al peso saludable.

Podemos decir que la noción de la delgadez –tener un peso saludable- como sinónimo de salud se manifiesta en mayor medida por la perspectiva nutricional, la cual se contrapone con algunas representaciones de la delgadez que expresan las mujeres, donde se percibe dicha pérdida como enfermedad más que como salud.

La importancia de la delgadez permite reforzar la noción de obesidad como enfermedad porque esta es “visible”, el daño metabólico no, se requiere un estudio previo para identificarse. Las mujeres fueron porque se “sentían o veían gordas” con los estudios de gabinete se muestra que además tienen problemas metabólicos, no obstante, aún disminuyendo las variables que miden el daño metabólico pero sin pérdida de peso importante, se sostiene la idea de que no se ha controlado del todo la enfermedad, aunque también se maneje de manera menos contundente que sí hubo efectos en las variables metabólicas como efecto de la dieta pero que se requiere mayor control.

El éxito del tratamiento sería entonces una disminución de peso corporal que permita tener un peso saludable mediante la prescripción nutricional, así se focaliza en controlar el consumo de alimentos, pero no desde la perspectiva de los grupos de autoayuda sino desde la prevención y cuidado.

La confrontación que puede expresarse entre la implementación del régimen prescrito y los hábitos, gustos y preferencias de las mujeres se minimizan puesto que se considera debe elegirse entre recuperar la salud o seguir enfermo. Las mujeres tienen por tanto que superar los obstáculos, como la dificultad para comprender el lenguaje nutricional o la compra de alimentos particulares, que les impidan implementar la dieta, es decir la responsabilidad de cuidados y control recae en ellas. Desde el punto de vista de los clínicos la prescripción de la dieta se expresa en términos de “aprender a comer” mediante una dieta equilibrada, la cual es fundamental como medio para prevenir y recuperar la salud. En ningún momento se piensa que ésta pueda generar conflicto o malestar, si éste existe, la persona debe ponderar entre sus gustos y su salud.

Podemos dar cuenta del cumplimiento de algunos de los rasgos estructurales y de funcionamiento del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1990c) expresados claramente en la medicalización que se hace del comportamiento alimentario, más concretamente, observamos la relación asimétrica entre médico paciente en el distanciamiento del lenguaje, la incompreensión de éste para el entendimiento del régimen, el paciente como responsable de su malestar en términos de la culpabilización y responsabilidad individual de la pérdida de peso corporal y la incapacidad para modificar sus hábitos alimentarios, así como el biologismo, el cual está implícito en el entendido que el sobrepeso u obesidad parte de una relación entre ingesta excesiva y disminución del gasto, lo cual debe revertirse a través del régimen dietético y la actividad física, sin considerar otros elementos sustantivos suscritos por la cultura y la sociedad, lo cual muestra otro rasgo importante del modelo, la ahistoricidad donde se observa la tendencia a percibir la etiología de los problemas en términos individuales, opacando la causalidad social y los procesos históricos, así no se piensa en la alimentación como un hecho complejo sino como una simple ecuación correspondiente al sustrato biológico del ser humano.

Si bien, algunos los clínicos apuntan cuestiones sociales y culturales como factores determinantes en la manera de comer, estos se minimizan al momento de recomendar y diseñar los planes alimentarios, los cuales en la mayoría de los casos, deben ser superados por las mujeres, aunque debemos señalar que en el caso de la clínica trató de realizar

adaptaciones prácticas a los menús mediante los talleres de cocina los cuales permitieron incorporar alimentos nuevos así como formas de preparación que los añadían, no obstante éstos se dieron ya al final del proyecto y de nuestras informantes sólo una de ellas tuvo acceso a éste.

En las mujeres de la clínica que cumplieron cabalmente la prescripción nutricional también identificamos conductas que según el DSM-IV serían consideradas como criterios para clasificar, en algunos casos presuntivamente como trastorno, sin embargo esta noción no impera porque lo que se introduce mediante el tratamiento médico se da términos de prevención y cuidados a la salud.

Conclusiones finales

Existen diferentes formas por medio de las cuales el saber médico-nutricional logra penetrar en la función de la alimentación. La población integra estos saberes expresados en las representaciones de los modelos estéticos que impactan de manera sustantiva la manera de comer y entender el cuerpo. Es en primera instancia esta vía la más sobresaliente, la noción de delgadez y las representaciones negativas asociadas a la obesidad se encuadran como parte de los estereotipos corporales imperantes actualmente. Las formas gruesas se perciben peyorativamente y literalmente existe un sufrimiento cuando se tienen, evidenciamos se vive cómo *padecimiento* (términos Young, 1975) la gordura, pues aunque se visualiza la noción de que la obesidad conlleva problemas a la salud, ésta se atenúa y subyace la inconformidad sobre la percepción corporal.

No obstante el saber médico exalta y refuerza la ideación sobre la noción de la obesidad vista como enfermedad mediante la prescripción médico-nutricional, ésta se presenta como la “terapéutica” adecuada para contrarrestarse la problemática corporal. La ideación atenuada de la obesidad como enfermedad se recupera y se hace evidente cuando se elige el régimen dietético como elemento fundamental para recuperar la salud, es decir dejar de ser gordo. Se ha internalizado el constructo del saber médico en términos de entender la alimentación como medicina.

Otra forma en que se ve expresado el saber médico en la función de la alimentación es mediante la noción del control alimentario, que puede lograrse mediante la *normación o medicalización* de la dieta. Ésta normalización permite incorporar la idea de que el problema fundamental es la comida, es decir, no la obesidad sino las maneras de comer, por tanto se centra en controlarla. Podemos identificar la correspondencia de conductas alimentarias que son tratados como problemas médicos cuando no se consigue implementar la prescripción nutricional, así la falta de control alimentario, angustia por subir de peso, miedo de recuperar peso perdido y la idea de que se está comiendo de más empiezan a percibirse como patológico.

Por otro lado, la ideación médica sobre la enfermedad alimentaria, es decir el entendimiento de que la problemática gira en torno a las maneras de comer, propicia la generación de espacios para resolver la problemática alimentaria. Los grupos de autoayuda o las clínicas para control de peso son fundamentales para arraigar y perfilar tanto la ideación de “trastorno alimentario”, como la noción de obesidad entendida como sinónimo de “síndrome metabólico”

Las características particulares de las agrupaciones de autoayuda permiten y refuerzan las nociones que implican ver el conflicto con las maneras de comer como un “trastorno alimentario” –concretamente el trastorno por atracón- donde implícitamente deben reconocer la naturaleza de enfermedad crónica y su vínculo con el descontrol alimentario correspondiéndose al “atracción”. Estas agrupaciones permiten se expresa el constructo médico que caracteriza la conducta alimentaria como patológica.

La idea desdibujada de la obesidad como enfermedad se recupera y refuerza totalmente mediante la utilización de la terapéutica médico-nutricional donde el rasgo distintivo se corresponde a la asociación del “daño metabólico” es decir a la alteración de los niveles sanguíneos de triglicéridos, colesterol, glucosa, así como hipertensión. Lo cual permite enraizar y trascender de la noción problemática del sobrepeso a una enfermedad concreta donde se muestran daños orgánicos, así el saber medico introduce la noción de enfermedad

desde la perspectiva del daño metabólico, más que de las conductas consideradas patológicas asociadas a la manera de comer.

La obesidad y la forma de alimentarse serían, desde la biomedicina, consideradas como lo “rechazado, lo detestable” (en términos de Canguilhem (1971), lo que sale de la norma, por tanto suscribe se constituyan en patológicos. Aunque podríamos establecer algunas diferencias en el caso de las *maneras de comer* que pueden tomar la categoría de “trastorno” en comparación con el sobrepeso, donde la discrepancia fundamental con éste último, es que no se permite el excedente y opera más un sentido de lipofobia, como lo define Fischler (1995b), pero particularmente porque se asocia concretamente con el daño metabólico, lo cual permite objetivamente identificar la enfermedad. Apreciamos las diferentes categorías que establece el saber biomédico al etiquetar las enfermedades y otras condiciones que no pueden identificarse objetivamente, como sería el caso de la conducta alimentaria, por tanto, se corresponde a identificarlas como “trastorno”.

Nuestro planteamiento inicial pretendía mostrar cómo a partir de la medicalización alimentaria de algunos comportamientos hacia la comida permite concebirlos como patológicos. En este sentido la medicalización alimentaria propiamente, tal como la definimos, no contribuye a visualizar el comportamiento alimentario como patológico en términos de “trastorno por atracón”. Podemos concluir que son diversas vías que surgen del discurso biomédico, particularmente la noción de los modelos estéticos interrelacionados a las maneras de comer, acceden la interiorización de las representaciones de un hecho indispensable y cotidiano: la alimentación, se exprese en diferentes gradientes en términos de conflicto o se asimile como enfermedad, es decir finalmente se interioriza el saber médico que implanta la noción de enfermedad alimentaria en términos de “trastorno”, así como enfermedad metabólica asociada a la obesidad, además de proponer la cura mediante el restablecimiento de la normalidad alimentaria y corporal, arraigando y reforzando en diversos espacios la concepción diferencial de “trastorno” y “enfermedad metabólica”.

Finalmente, es imprescindible concluir reflexionando sobre el trabajo expuesto, considero que este ejercicio me ha permitido ampliar mi visión respecto a cómo la alimentación puede

experimentarse de diferentes maneras, es decir la forma en que se vive, se sufre o se goza el hecho alimentario, además de identificar las diversas interconexiones, a veces visibles y otras no, que las afectan.

Esta reflexión, también permite identificar los aportes y limitaciones de este trabajo, consideramos que una contribución importante es la aproximación del tema de la alimentación asociado a uno de los problemas más relevantes actualmente: el sobrepeso y la obesidad, así como la concepción muy debatida de las conductas alimentarias expresadas en las formas de alimentación abundante, lo cual nos permitió indagar sobre el etiquetamiento que se hace de éstas. Encontramos pocos trabajos que ofrezcan un enfoque como el propuesto, en parte porque el *trastorno por atracón* no es considerado propiamente un trastorno de la conducta alimentaria, por tanto las investigaciones se han enfocado en el estudio de la anorexia y bulimia nerviosa.

El *trastorno por atracón* se ha estudiado desde una dimensión totalmente biomédica, tratando de determinarlo, objetivando los signos que pueden conformarlo (Arias, 2009), encontramos algunas aproximaciones que tratan de relacionar algunos componentes psicológicos asociadas a la conducta alimentaria (Matos, 2002, López, 1997), donde tratan de identificar la sintomatología (Chávez, 2008), las posibles causas, los efectos en el tratamiento a nivel experimental (Tejas, 2010) o conductual (Gempeler, 2005), la validación metodológica en la aplicación de pruebas en población mexicana (Franco, 2011) y es inexistente los que pretendan recuperar el comportamiento alimentario y los integren a una dimensión sociocultural de padecer, enfermar, cuidar y controlarlo.

Por otro lado, enunciando las dificultades y limitaciones en nuestro trabajo, una de ellas fue que abordamos la problemática desde los grupos de autoayuda, estas agrupaciones denotan un carácter importante, observamos la creación a partir de los años setenta de grupos, basados en el modelo de AA, para hacer frente a una diversidad de padecimientos, según Menéndez “esta expansión y crecimiento forma parte de los procesos y mecanismos de autoatención generados por los sujetos y grupos para enfrentar problemas vinculados con los procesos salud/enfermedad/atención a partir de sus propios recursos y en términos de

autonomía” (Menéndez, 2009:111) y también se configuran como una alternativa de atención dada las limitaciones de la biomédica como vía de recuperación, hasta se integra de forma institucionalizada en los servicios de salud, lo que nos indica la relevancia de este tipo de agrupaciones.

No obstante, nuestra principal limitante fue que no conseguimos penetrar en la dinámica grupal, lo cual nos limita realizar un análisis profundo en términos de cómo las estructuras de estas agrupaciones pueden trascender la problemática alimentaria y focalizar en otros elementos relacionados con el predominio de relaciones de poder o la sustitución de funciones de lazos afectivos y en qué medida permite la expansión o no de estas agrupaciones. Por otro lado el no haber incluido información respecto de otros actores que se identifican con estas conductas y utilizan otras rutas para enfrentar su sentir limita el entendimiento y comprensión de cómo se internaliza o no la conducta alimentaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, Victoria y otros
2005 "Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México", en *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 5, núm. 3, pp. 223-232.
- Aguirre, Beltrán
1986 *Antropología Médica*. México: CIESAS.
1997a "Cultura y nutrición", en *Presencia de la antropología en los estudios sobre la alimentación*, México, UNAM/INNSZ (Cuadernos de Trabajo) pp. 21-38.
- Álvarez, Georgina, Nieto, María de Lourdes, Mancilla, Juan Manuel
2007 "Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas", en *Psicología y Salud*, vol. 17, núm. 2, Universidad Veracruzana, pp. 251 -260.
- Álvarez, Georgina y otros
2009 "Imagen Corporal y Trastornos de la Conducta Alimentaria", en *Revista Salud Pública*, vol.11 núm.4 Bogotá, pp. 568-578.
- Arias, Francisco y otros
2009 "Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones", en *Endocrinología y Nutrición*, vol. 53, pp. 440-447
- Arrizabalaga, Jon
2000 "Cultura e historia de la enfermedad", en Enrique Perdiguero y Josep Ma. Comelles (Editores), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Ediciones Bellaterra, España, pp.71- 82.
- Barquera, Simón y otros
2009 "Ingesta de energía, macro y micronutrientes en adultos mexicanos: análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006", en *Salud pública de México*, vol.51, suppl.4, pp. S562-S573.
- Bertran, Vila Miriam
2010 "Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México", en *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 20, núm.2, pp. 387-411.
- Berger, Peter y Thomas Luckmann
2008 *La construcción social de la realidad*, 21ª reimpresión, Amorrortu, Buenos Aires.
- Bernal, Mariola
2005 *Cuerpo, comida y migraciones. Un análisis transcultural de los (mal) estares alimentarios*, Tesis doctoral, Universidad Rovira I Virgili, Programa de doctorado en Antropología de la Medicina, España.

- Bojórquez, Ietza y Unikel, Claudia
2004 "Presence of Disordered Eating among Mexican Teenage Women from a Semi-Urban Area: It's Relation to the Cultural Hypothesis", en *European Eating Disorders Review*, vol. 12, núm. 3, pp. 197-202.
- Boltviniki, Julio y Damián, Araceli
2003 "Derechos humanos y medición oficial de la pobreza en México", en *Papeles de Población*. Colegio de México, vol. 35, pp. 101-137.
- Bourdieu, Pierre
1988 *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*, editorial Alfaguara, Madrid, España.
- Bourges, Hector
1990 "Costumbres, prácticas y hábitos alimentarios", en *Cuadernos de Nutrición*, México INNSZ, vol.13, núm.2, pp.17-32.
- Bordo, Susan
1993 *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture, and the Body*, University of California Press, E.U., pp. 23-42.
- Canals, Josep Salas
2002 *El regreso de la reciprocidad: Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas*, Tesis doctoral, Universidad Rovira I Virgili, España, (http://tdx.cesca.cat/bitstream/handle/10803/8411/TESI_Pep.pdf?sequence=1), (consultada: 20 octubre 2012).
- Canguilhem, Georges
1981 *Lo normal y lo patológico*, Siglo XXI, México.
- Carrasco, Noelia
2007 "Desarrollo de la antropología de la Alimentación, en América Latina: hacia el estudio de problemas alimentarios contemporáneos", en *Estudios Sociales* vol.16, núm.30, pp. 81-101.
- Casillas-Estrella, Miguel y otros
2006 "A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal", en *Revista Biomédica*, México vol.17, pp. 243-249.
- Chávez, Arturo y Romo, Alejandro
2008 "Síntomatología obsesivo compulsiva en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: una muestra en pacientes mexicanas", en *Liberaddictus*, Revista mexicana de la asociación Liberaadictus, A.C., núm. 102, pp. 3-8.

- Contreras, Jesús y Gracia Mabel
 2005 "Epilogo", en *Alimentación y Cultura. Perspectivas Antropológicas*, Editorial Ariel, España.
- Contreras, Jesús
 2002 *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*, Editorial Alfaomega, Universidad de Barcelona, España.
 2002 "La obesidad: una perspectiva sociocultural", en *Formación Continúa en Nutrición y Obesidad*, revista en línea, España, Vol. 5, núm.6, pp. 275-86.
 1993a *Antropología de la Alimentación*, Editorial Eudema, España, pp.12-45.
- Conrad, Peter
 1992 "Medicalitation and control social", en *Annuals Review of Sociology*, vol. 18, pp. 209-32.
- Conrad, Peter y Schneider, Joseph
 1980 *Deviance and Medicalization from badness to sickness*, Mosby Company, Estados Unidos.
- Cooper, Zafra y Fairburn Cristopher
 2003 "Refining the definition of Binge Eating Disorder and nonpurging Bulimia Nervosa", en *International Journal of Eating Disorders*, vol.34, pp.S89-S95.
- Counihan, Carole
 1999 *The anthropology of food and body: gender, meaning, and power*, Routledge, New York.
- Dean, Kathryn
 1986 "Lay care in illness", en *Social science and medicine*, vol. 22, núm. 2, pp. 275-284.
- Devlin, Michael, Goldfein July, Dobrow Ilyse
 2003 "What is this thing called BED? Current status of Binge Eating Disorder Nosology", en *International Journal of Eating Disorders*, vol.34, pp.S2-S18.
- Dolan, Bridget
 1991 "Cross-Cultural Aspects of Anorexia Nervosa and Bulimia: A review", en *International Journal of Eating Disorders*, vol. 10, núm. 1, pp. 67-78.
- Esteban, Mari Luz
 2004 "Imagen corporal, peso y alimentación", en *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales y identidad y cambio*, Ediciones Bellaterra, pp. 87-104.

- Gempeler, Juana
2005 "Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva/comportamental", en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 34, pp. 242-250.
- González, Margarita
2002 "Anorexia y bulimia", en *Los desórdenes en el comer*, Norma Ediciones, México.
- Greeno, Catherine, Marcus, Marsha, y Wing, Rena
1995 "Diagnosis of binge eating disorders: Discrepancies between a questionnaire and clinical interview", en *International Journal of Eating Disorders*, vol. 17, núm.2, pp. 153-160.
- Fairburn, Christopher, Welch, Sarah y Hay, Phillipa
1993 "The classification of recurrent overeating: "The binge eating disorder proposal", en *International Journal of Eating Disorders*, vol.13, núm.2, pp.155-159.
- Fischler, Claude
2002a Gastro-nomía y gastro-anomía. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea", en Jesús Contreras (compilador), *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*, Editorial Alfaomega, España, pp. 357-380.
1995b *El (h) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*, Colección Argumentos, Ed. Anagrama, Barcelona, España.
1995c "La sociedad lipófoba", en *El (h) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*, Colección Argumentos, Ed. Anagrama, Barcelona, pp. 297-321.
1995d "El cuerpo femenino: de Calipige a Tanagra", en "*El (h) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*, Colección Argumentos, Ed. Anagrama, Barcelona, España, pp. 341-356.
- Fitzpatrick, Ray y otros
1990 "La enfermedad "ICEBERG" y algunos aspectos de la conducta en el consultorio", en *La enfermedad como experiencia*, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 42-64.
- Franco, Karina
2011 "Instrumentos de Evaluación de trastornos del comportamiento alimentario validado en mujeres mexicanas: una revisión de literatura", en *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, vol. 2, pp. 148-164.
- Giard, Luce
1999 "Artes de alimentarse", en Michael De Certeau, Luce Giard y Pierre Mayol, *La invención de lo cotidiano. Habitar, cocinar*, Universidad Iberoamericana/Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, México, pp.153-174.

- Giménez, Gilberto
2000 "Identidades étnicas: estado de la cuestión", en Leticia Reina (coord.) *Los retos de la etnicidad en los estados-nación del siglo XXI*. México, CIESAS, INI, Miguel Ángel Porrúa, pp. 45-70.
- Garine, Igor de
2002 "Los aspectos socioculturales de la nutrición", en Jesús Contreras (compilador), *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbre*, Alfaomega, España, pp. 129-169.
- Garine, Igor de y Vargas, Luis
1997 "Introducción a las investigaciones antropológicas sobre alimentación y nutrición", en *Cuadernos de Nutrición*, México INNSZ, vol.20, núm. 3, pp. 21-38.
- Goffman, Erving
2006 *Estigma: la identidad deteriorada*, 10ª reimpresión, Amorrortu, Buenos Aires.
- Gómez-Peresmitre, Gilda y Acosta, María
2002 "Valoración de la delgadez: Un estudio transcultural" en *Psicothema*, España, vol. 14, núm. 2, pp. 221-226.
- González, Vara
1996 *La cocina mexicana a través de los siglos*, Tomo II. Época prehispánica, Clío, Fundación Herdez A.C., México.
- González- Turmo, Isabel
2002 "Comida de pobre, pobre comida. Somos lo que comemos", en Gracia Mabel (coords), *Estudios de alimentación y cultura en España*, Edit. Ariel, Barcelona, España, pp. 299-316.
- Good, Byron
1994 *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*, Ed. Bellaterra, Barcelona, España.
- Gracia, Mabel
2009 "Relaciones entre biología, cultura e historia en el abordaje de los trastornos alimentarios", en Xavier Medina, Ricardo Ávila e Igor de Garine (coordinadores), *Estudios del Hombre, Antropología de la Alimentación, Food, Imaginaries and Cultural Frontiers*, Essays in honour of Helen Macbeth, CUCSH- Universidad de Guadalajara, México, núm. 24 pp.76-88.
- 2008a "La obesidad como problema social: la ideación sobre su carácter crónico, plurifactorial y epidémico", en Oriol Romani, Cristina Larrea, José Fernández (coordinadores), *Antropología de la medicina, metodología e interdisciplinariedad de las teorías a las prácticas académica y profesionales*, XI Congreso de Antropología de la FAAEE, Editorial Donastia, España, pp. 63-78.

- 2007b “Cultura, práctica médica y prácticas alimentarias”, en *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*, Icaria, Barcelona, España, pp. 36-38.
- 2005c “¿Aprender a comer?: el (re)establecimiento de la normalidad dietética en el caso de los trastornos del comportamiento alimentario”, en Mari Luz Estaban Galarza y Joan Pallarés (coordinadores), *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*, Congreso de Antropología, Sevilla, España.
- 2002d “El clima social: presiones hacia la delgadez”, en *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*. Ed. Ariel, España, pp. 364-371.
- 2002e *Somos lo que comemos. Estudios de la alimentación y cultura en España*, Ed. Ariel, España, pp. 9-12.
- 2002f “La especificidad femenina de los trastornos alimentarios ¿por qué las mujeres?”, en *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*. Ed. Ariel, España, pp. 361-371.
- 2002g “El modelo feminista y los trastornos alimentarios”, en *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*. Ed. Ariel, España, pp. 371-374.
- 1996h *Paradojas de la alimentación contemporánea*, Editorial Icaria, España, pp.193-201.

Gracia, Mabel y Comelles Josep

- 2007 “Comer o no comer, ésa es la cuestión”. En, *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*, Editorial Icaria, España, pp. 28-36,110.

Guerra, Josefina y otros

- 2006 “Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México”, en *Medigraphic Artemisa*, Revista mexicana de investigación en salud, vol. 8, núm. 2, pp. 81-94.

Harris, Marvin

- 2009 *Bueno para comer*, Editorial Alianza, Madrid, España.
- 1997a “Gustos innatos”, en *Nuestra Especie*, Editorial Alianza, Madrid, España, pp.141-145.

Helman, Cecil

- 2007 *Culture, Health and Illness*, Oxford University Press.

Hunot, Claudia y otros

- 2008 “Definiciones conceptuales de las alteraciones de la conducta alimentaria” en *Revista de Salud Pública y Nutrición*, núm. 1, pp. 20-41.

Jáuregui, Iñigo

- 2002 “Los alimentos como señas de identidad. Patrones culturales y alimenticios. El ejemplo de La Rioja”, en *Distribución y consumo*, Mercasa, España, núm. 62, pp. 94-105.

- Jiménez, Arturo
2008 “Estigmatización de la obesidad”, en *memorias del XXIII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.
- Jodelet, Denise
1999 “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”, en S. Moscovici (editor), *Pensamiento y vida social, Psicología social y problemas sociales*, Paidós, Barcelona, pp. 469-494.
- Katz, Alfred
1981 “Self-help and mutual aid: an emerging social movement?”, en *Annual Review of Sociology*, vol. 7, pp. 129-55.
- Kleinman, Arthur
1998 *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*, E.U.A: Basic Books.
- Lévi-Strauss
2002 *Mitológicas II. De la miel a las cenizas*, Fondo de Cultura Económico, México.
1970a *Mitológicas III. El origen de las maneras de la mesa*, Siglo XXI, México.
- López, Ibor y Valdés, Manuel
2000 *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*, Masson, Barcelona, España.
- López, Xóchitl y otros
1997 “Un estudio sobre la personalidad e imagen corporal de comedores compulsivos”, en *Psicología y Ciencia Social*, Universidad Autónoma de México, vol. 5, pp. 34-40.
- Lora-Cortez, Carmiña y Saucedo, Teresita de
2006 “Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas en la ciudad de México”, en *Salud Mental*, vol. 29, núm. 3, pp. 60-67.
- Lurbe, Katia
2004 “La gestión de inmigrantes extracomunitarios y refugiados como grupos de riesgo sanitario”, en *memorias del IV Congreso de Inmigración en España, Migración y Salud*, Girona, España.
- Madrigal, Herlinda y otros
1999 “Percepción de la Imagen Corporal como aproximación cualitativa al estado de la Nutrición”, en *Salud Pública de México*, Vol. 41, núm.6, pp. 479-486.

- Mancilla-Díaz, Juan y otros
2010 "Influencias socioculturales y conductas alimentaria no saludables en hombres y mujeres de España y México", en *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, vol. 1, pp. 36-47.
- Markey, Charlotte
2004 "Culture and the development of Eating Disorders: a tripartite model", en *Eating Disorder*, núm.12, pp. 139-156.
- Martínez- Hernández, Ángel
2000 "Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura", en Perdiguero Enrique y Comelles Josep (editores), *Medicina y Cultura: Estudios entre la Antropología y la Medicina*, Ediciones Bellaterra, España, pp. 249- 275.
- Matos, María y otros
2002 "Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients", en *Revista Brasileña de Psiquiatría*, vol. 24, pp.165-169.
- Mintz, Sidney
2003 *Sabor a comida sabor a libertad: incursiones en la comida, la cultura y el pasado*, Edición Centro Nacional para la cultura y las artes y CIESAS, México.
- Meléndez, Juana y Cañez, Gloria
2010 "La cocina tradicional como un elemento de identidad y desarrollo local: El caso de San Pedro El Saucito, Sonora México", en *Estudios Sociales*, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, Sonora, México, vol. 17, pp. 182-204.
- Menéndez, Eduardo
2009 "De rituales y subjetividades. Reflexiones sobre algunas características de los grupos de alcohólicos anónimos", en *Desacatos*, núm. 29, pp. 107:120
2005a "Intencionalidad, experiencia y función: La articulación de los saberes médicos", en *Revista de Antropología Social*, vol. 14, Universidad Complutense de Madrid, España, pp. 33-69.
1998b "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", en *Estudios Sociológicos*, vol. 46, pp. 37-67.
1990c *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Alianza Editorial Mexicana, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, pp. 83-117.
- Menéndez, Eduardo y Renée B. Di Pardo
1996 *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, CIESAS, México.

- Messer, Ellen
1995 “Aproximaciones a la dieta en la historia de la Antropología”, en Contreras Jesús (coordinador), *Alimentación y Cultura: Necesidades, Gustos y Costumbres*. Universidad de Barcelona, España.
- Modena, María
2011 *Beber y dejar de beber: Alcohólicos anónimos y la construcción del padecimiento de la carrera alcohólica*, tesis doctoral, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Moore-Stiegel, Ruth y Franko, Debra
2003 “Epidemiology of Binge Eating Disorder”, en *International Journal of Eating Disorders*, núm. 34, ppS19-S29.
- Moral, José de la
2002 “Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial”, en *Revista de Salud Pública y Nutrición*, México, vol. 3, pp. 1-11.
- Muris, Peter y otros
2005 “Biological, psychological, ad sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girl”, en *Eating Behaviors*, vol. 6, pp.11-22.
- Navas, Julia
2009 “Análisis socio-antropológico en pacientes con cirugía bariátrica: estudio preliminar”, en *Medicina Social*, vol. 4, pp. 253-262.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)
2003 *Perfiles nutricionales por países*, México, en (<ftp://ftp.fao.org>), (consultado 13 abril, 2011)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
1993 *CIE-10-Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*, Organización Mundial de la Salud, Meditor, Madrid, pp.145-147.
- Ortiz, Ana, Vázquez, Verónica y Montes, Margarita
2005 “La alimentación en México: Enfoques y visión a futuro”, en *Estudios sociales*, Universidad de Sonora, México, vol. 13, núm. 25, pp. 8-34.
- Ortiz-Hernández, Luis, Delgado-Sánchez, Guadalupe y Hernández-Briones, Ana
2006 “Cambios en factores relacionados con la transición. Alimentaria y nutricional en México”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 142, núm. 3, pp. 181-193.

- Ortiz- Hernández, Luis y otros.
2006 "Evolución de los precios de los alimentos y nutrimentos en México entre 1973 y 2004", en *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, vol. 56, núm. 3, pp. 201-215.
- Osorio, Rosa
2001 *Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, INI, CIESAS, CONACULTA, INAH, México.
1994a *La cultura médica materna y la salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia*, tesis de maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Oseguera, David
1996 "El Fast-food y el apresuramiento alimentario en México", en *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, vol.11, núm.3, pp. 109-135.
- Pederzine-Villareal, Carla
2009 "La cocina ¿destino o privilegio femenino?", en Carlos Mendoza Álvarez y Ángel Francisco Méndez Montoya (coordinadores), *Pan, hambre y trascendencia: diálogo interdisciplinario sobre la construcción simbólica del comer*, Universidad Iberoamericana, México.
- Peña, Manuel y Bacallao, Jorge
2001 "La obesidad y sus tendencias en la Región", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol.10, núm.2, pp. 47-78.
2000a "La Obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas", en *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, núm. 576, pp. 3-11
- Pérez-Gil, Sara
2008 "Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juárez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropológica", en *Estudios Sociales*, México, vol. 16, núm. 32, pp. 81-111.
- Pérez-Gil, Sara y Romero, Gabriela
2010 "Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo", en *Salud Pública de México*, vol.52, pp.111-118.
- Pérez Gil, Sara y otros
2007 "Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo?", en *Salud Pública de México*, vol.49, pp.52-62.
- Popkin, Barry
1994 "The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis", en *Nutrition Reviews*, vol.52, pp.285-298.

- Pilcher, Jeffrey
2001 *¡Qué vivan los tamales! La comida y la construcción de la identidad nacional*, Ediciones de la Reina, CIESAS, CONACULTA, México.
- Puhl, Rebecca y Brownell Kelly
2006 “Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults”, en *Obesity*, vol.14, pp.1802-1815.
2001a “Discrimination and Obesity”, en *Obesity Research*, vol. 9, pp.788-805.
- Rabell, Jara
1996 *La cocina mexicana a través de los siglos*, Tomo VI, la Bella Época, Fundación Hérdez, A.C, México.
- Rocha Rivero, Gloria Isabel
1995 *La representación social de la enfermedad: una mirada sociológica a la perspectiva lega*, tesis doctoral, El colegio de México.
- Rodríguez, Brenda y otros
2010 “Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes”, en *Salud Mental*, vol. 33, núm. 4, pp. 325-332.
- Vázquez, Rosalía y otros
2006 “Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos”, en *Enseñanza e Investigación en Psicología*, Universidad Veracruzana Xalapa, México, vol.11, pp. 185-197.
- Rodríguez, Maritza
2005 “Cultura, genes y epidemiología evolutiva en los trastornos del comportamiento alimentario: una polémica interesante”, en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 24, pp. 541-555.
- Rosovsky, Haydée y otros
1991 “Los grupos de autoayuda en el tratamiento de las adicciones: Consideraciones metodológicas en su estudio”, trabajo presentado en la Reunión Fronteriza México-EEUU, El Paso, Texas.
- Rozin, Paul
2002 “Perspectivas psicobiológicas sobre las preferencias y aversiones alimentarias”, en *Alimentación y cultura: Necesidades, gustos y costumbres*. Compilador Jesús Contreras, pp. 86-137.
- Salas, Monserrat
2009 “El undécimo mandamiento: renovada convergencia de la medicina, la pedagogía y la industria alimentaria”, en *Desacatos*, núm. 29, pp. 179-184.

- Sánchez, Alejandra
2007 *Procesos de re-socialización en un grupo de Alcohólicos Anónimos y su papel en el control del alcoholismo: Estudio de caso del grupo "Despertar" de la ciudad de Orizaba Veracruz*, Tesis de maestría en Antropología Social, Centro de Investigación y Estudios Sociales y Antropológicos, México.
- Sánchez, María
2004 "Los trastornos del comportamiento alimentario y los procesos de transmisión adquisición de la cultura alimentaria", en *Gazeta de Antropología*, núm. 20, Revista en línea (<http://hdl.handle.net/10481/7255>)
- Sherwood, Nancy y otros
1999 "Binge status as a predictor of weight loss treatment", en *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, vol. 23, pp. 485-493.
- Simmons, Frederick
1961 "Evitaciones alimentarias en el viejo mundo", en *Eat not this flesh. Food Avoidances in the old world*, Universidad de Wisconsin Press, Madison, pp. 106-125.
- Striegel-Moore, Ruth y otros
2001 "Comparison of binge eating and bulimia nervosa in a community sample", en *International Journal of Eating Disorder*, núm. 29, pp. 157-165.
- Stunkard, Albert y Allison, Kely
2003 "Binge Eating Disorder: Disorder or Marker?" en *International Journal of Eating Disorder*, núm.34, pp. S107-S116.
- Stunkard, Albert
1998 "Stigmatization of obesity in medieval times, Asian and Europe", en *International Journal Obesity*, núm. 22, pp.1141-11445.
1959a "Eating patterns and obesity", en *Psychiatric Quarterly*, núm. 33, pp. 284-295.
- Tejas, Juan y otros
2010 "Los receptores dopaminérgicos D2/D3 hipotalámicos participan en la regulación del comportamiento alimentario", en *Revista Mexicana de análisis de la conducta*, vol. 36, pp. 53-69.
- Tinat, Karine
2008 "¿Existen la "anorexia" y la "bulimia" en el medio rural? Nuevas representaciones y prácticas alimentarias y corporales entre los jóvenes de Patamban, Michoacán", en *Estudios Sociológicos*, vol. 26, núm. 3, El Colegio de México, pp. 647-667.
2008a "De jóvenes, cuerpos y alimentos: la reconstrucción de un itinerario de investigación", en *Estudios Sociológicos*, vol. 26, núm. 1, El Colegio de México, pp. 179-196.

- 2005b "Aproximación Antropológica de las relaciones entre anorexia y feminidad", en *Psicología Iberoamericana*, Universidad Iberoamericana, México, vol. 13, pp. 104-114.
- 2004c "La problemática anoréxica: entre lo masculino y lo femenino", en *Lazos*, Boletín oficial de la Asociación Mexicana de Psiquiatría, México, Núm. 7, pp. 1-8.
- Toro, Josep
1996 *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Editorial Ariel, Barcelona, España.
- Toro, Josep y otros
2006 "Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents", en *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 41, núm. 7, pp. 556-565.
- Torres, Felipe
2002 "Nuevas configuraciones del sistema de abasto alimentario de la ciudad de México", en Sánchez Almanza (coordinador), *La ciudad de México en el desarrollo económico nacional. X Seminario de Economía Urbana y Regional*. México, Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM.
- Unikel-Santocini, Claudia y Caballero, Alejandro
2010 *Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*, en Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora (editores), Instituto Nacional de Psiquiatría, México, pp. 3-7.
- Unikel-Santocini, Claudia y otros
2006 "Conductas alimentarias de riesgo", en *Revista de Investigación Clínica*, vol.58, núm.1, pp. 15-27.
- 2004a "Validez de constructor de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas", en *Salud Mental*, vol.27, núm.1, pp. 38-49.
- 2002b "Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años", en *Salud Mental*, vol. 25, núm. 2, pp. 49-57.
- 2000c "Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal", en *Revista de Investigación Clínica*, vol. 52, núm. 2, pp. 140-147.
- Val, José del
1993 "El indigenismo", en Arizpe, Lourdes (coord.), *Antropología Breve de México*, Academia de la Investigación Científica, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-UNAM, CRIM, México.
- Vargas, Luis Alberto
1984 "Factores culturales de la alimentación", en *Cuadernos de Nutrición*, vol.4, pp. 17-32.

- Vázquez, Rosalía y otros
 2004 "Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados", en *Psicología Conductual*, vol. 12, núm. 3, pp. 415-427.
- Wilfley, Denise, Wilson, Terence y Agras, Stewart
 2003 "The clinical significance of Binge Eating Disorder", en *Int J Eat Disord*, vol.34, pp.S96-S106.
- Young, Allan
 1982 "The Anthropologies of illness and sickness", en *Annual review of anthropology*, núm.11, pp. 257-285.
- Zafra, Eva Aparici
 2009 "Los criterios de diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario desde la perspectiva antropológica", memorias del Congreso Español de Sociología de la Alimentación, Gijón, España.
 2008a "Los trastornos del comportamiento alimentario como "estares alimentarios" entre el placer (bienestar) y el conflicto (malestar)", en Oriol Romani, Cristina Larrea, José Fernández (coordinadores), *Congreso de Antropología de la FAAEE: Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*, España, pp.233-247.
 2007b *Aprender a comer: proceso de socialización y trastorno del comportamiento alimentario*, Tesis de doctorado Antropología social y Cultural, Universidad de Barcelona, España,(www.tdx.cat/bitstream/10803/53633/1/EZAFRA_TESIS.pdf), (consultado 29 junio, 2012).
- Zwaan, Martina y Mitchell, James
 1994 "Binge Eating in the obese", en *Special Section: Eating Disorders, Annals of Medicine*, vol. 24, pp. 303-308.

ANEXOS

Anexo 1

Guía de autoevaluación para determinar la conducta compulsiva, utilizada en el grupo de CCA.

¿Es usted una persona que come compulsivamente?

1. ¿Come cuando no tiene hambre?
2. ¿Se da parrandas de comida sin razón aparente?
3. ¿Tiene sentimientos de culpa y remordimientos después de comer en exceso?
4. ¿Dedica demasiado tiempo y atención a la comida?
5. ¿Anticipa con placer y expectación los momentos en que pueda estar solo para comer?
6. ¿Planea con anticipación estas parrandas secretas?
7. ¿Come con mesura delante de otros y luego compensa por ello cuando está solo?
8. ¿Esta su peso afectando su manera de vivir?
9. ¿Ha tratado de hacer dieta por una semana (o más), sin haber logrado su meta?
10. ¿Se resiste de los consejos de otras personas quienes le dicen, usa un poco de fuerza de voluntad, para dejar de comer excesivamente?
11. ¿A pesar de la evidencia en el contrario, continua afirmando que puede hacer dieta por sí mismo cuando lo decida?
12. ¿Siente ansias de comer a una hora definida, aparte de la hora de las comidas?
13. ¿Come para escapar de las preocupaciones o los problemas?
14. ¿Alguna vez le ha tratado su médico por exceso de peso?
15. ¿Su obsesión por la comida hace infeliz a usted o a otros?

Si contesta sí a más de 3 preguntas del cuestionario es probable que usted tenga un problema de comer compulsivamente (obesidad, anorexia y/o bulimia) o que lo tendrá en un futuro cercano. Folleto CCA/OA México.

Anexo 2

Similitudes y diferencias de la experiencia del malestar alimentario, sus asociaciones y las formas de resolver la problemática en los integrantes del grupo de CCA

| Experiencias de su malestar alimentario | Problemas asociados a su manera de comer | Formas de resolver la situación problemática |
|--|--|---|
| Similitudes | | |
| <ul style="list-style-type: none"> •Gordura desde la infancia •Sentimiento de estigmatización •Inconformidad de la imagen corporal inicialmente que los lleva a querer modificarla mediante el régimen dietético •Problemas psicológicos derivados de la gordura que llevan a consumir alimentos o utilizar la comida como refugio. •Angustia y sufrimiento por no controlar el consumo de alimentos •Problemas para abstenerse de consumir determinado alimento •Miedo a engordar una vez perdido peso corporal •Aislamiento social por considerar un impedimento para controlar su dieta • Situación emotiva de vida facilita la adopción del tratamiento y por tanto se observan efectos positivos del tratamiento que por un lado proporciona seguridad y por otra temor de no conseguir mantenerse ni controlar la dieta | <ul style="list-style-type: none"> •Estilos de vida que propician la gordura asociado al gusto y preferencia por alimentos densamente calóricos •Herencia familiar de hábitos alimentario •Relación de la alimentación y las emociones, particularmente emociones negativas asociadas a la forma de alimentarse •Consumo abundante de alimentos es común •Refugio en la comida asociada a problemas respecto a su imagen corporal con la sexualidad, inseguridad para establecer relaciones de pareja, realizar actividades cotidianas. | <ul style="list-style-type: none"> •Restricción alimentaria •Ayuno autoimpuesto de algún tiempo de comida fuerte, como desayuno o cena •Eliminando o tratando de disminuir el consumo de algún alimento particular. •Búsqueda y adopción de tratamiento dado a partir de una situación emotivamente fuerte • Confianza en el grupo de autoayuda para solucionar el problema •Lazos de amistad encontrados y conservados dentro de la agrupación que permiten el control alimentario •Adopción y apego al tratamiento según la efectividad para perder peso corporal •Problemas emocionales y psicológicos que permiten la identificación con la agrupación •Trabajo de las emociones para controlar el consumo de alimentos mediante los recursos grupales |
| Diferencias | | |
| <ul style="list-style-type: none"> •Incremento de peso en la vida adulta como una forma de complacerse y disfrute más que de malestar | <ul style="list-style-type: none"> •Relación conflictiva madre e hija donde la primera transmite sus conflictos y contradicciones a la segunda permitiendo se genere un control alimentario. •Problemas de pareja asociadas a la gordura •La cultura propicia la gordura y también la socialización | <ul style="list-style-type: none"> •Terapia nutricional como una opción efectiva para controlar el peso, más que la opción grupal •Consumo de pastillas inhibidores del apetito •Actividad física como asistencia a gimnasio y práctica de baile •Cambios en los hábitos alimentarios así como de otros elementos para controlar el peso, como la actividad física |

| Experiencias de su malestar alimentario | Problemas asociados a su manera de comer | Formas de resolver la situación problemática |
|---|--|---|
| | | además del manejo emocional no solo mediante los recursos grupales sino religiosos o de tipo biomédico como la terapéutica psicológica. |

Anexo 3

Similitudes y diferencias de la experiencia del malestar alimentario, sus asociaciones y las formas de resolver la problemática en los integrantes del grupo de TA

| Experiencias de su malestar alimentario | Problemas asociados a su manera de comer | Formas de resolver la situación problemática |
|---|---|--|
| Similitudes | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna sufre o considera haber padecido obesidad en la infancia • Sobrepeso y obesidad menor en comparación con CCA • No se hace evidente un malestar alimentario o corporal hasta la edad adulta • El malestar alimentario y corporal se hace evidente una vez que tiene contacto e influencia del grupo de TA de Torreón • La terapia grupal se presenta como un espacio de convivencia y socialización importante que permite el control alimentario • Efectos positivos al implementar el plan de alimentos • Angustia o falta de control por no conseguir implementar el plan de alimentos • Miedo a recuperar el peso perdido • Miedo y angustia por no contar con la terapia grupal – dependencia grupal- | <ul style="list-style-type: none"> • Gusto y preferencias alimentarias arraigadas que dificultan cambios en los hábitos alimentarios • Limitaciones económicas que condicionaban mayor variedad alimentaria • Convivencia social no permite la implementación del plan alimentario, además de percibirse como favorecedor de malos hábitos | <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de opciones para perder peso inexistente, primera opción terapéutica empleada el grupo de autoayuda • La adopción de la terapia grupal para controlar el consumo de alimentos dado los efectos positivos en la pérdida de peso • Grupo espacio de socialización importante que permite la adhesión al tratamiento • Implementación de un plan alimentario rígido, cambios sustantivos en la manera de comer dado la terapia grupal |
| Diferencias | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Experimenta desde la adolescencia inconformidad con la imagen corporal y trata de modificar su manera | <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de peso después de la maternidad • Poca variedad en la dieta • Consumo de alimentos | <ul style="list-style-type: none"> • Uso de diferentes dietas y regímenes dietéticos • Implementación de modas alimentarias – consumo de |

| Experiencias de su malestar alimentario | Problemas asociados a su manera de comer | Formas de resolver la situación problemática |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> de alimentarse • Percepción de gordura asociada a la belleza • La gordura como impedimento para la maternidad • Identificar normalidad en la forma de alimentarse después del autocontrol alimentario | <ul style="list-style-type: none"> calóricos • Actividad laboral – socialización alimentaria- • Cambios de residencia • Gordura asociada problemas de fecundidad | <ul style="list-style-type: none"> vegetales- • Dietas restrictivas a uno o dos alimentos por semana para la pérdida rápida de peso • Incorporación de actividad física no continúa • Terapia nutricional • Educación nutricional, manejo de porciones y grupos de alimentos para equilibrar menús • control alimentario mediante recursos propios y lejanía del grupo |

Anexo 4

Similitudes y diferencias de la experiencia del malestar alimentario, sus asociaciones y las formas de resolver la problemática en los integrantes de la clínica

| Experiencias de su malestar alimentario | Problemas asociados a su manera de comer | Formas de resolver la situación problemática |
|---|--|--|
| Similitudes | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • sobrepeso y obesidad generada en la vida adulta por tanto menos estragos psicológicos por la gordura • Incrementó de peso derivado de los embarazos • No hay una percepción de la conducta alimentaria como conflictiva o problemática • El tratamiento clínico accede se configure el malestar alimentario • Dificultad para modificar su consumo de alimentos • Incomprensión inicial del lenguaje nutricional • Angustia por no conseguir perder peso corporal o mantenerlo después del tratamiento • Frustración al no conseguir implementar la dieta • Confrontación con hábitos alimentarios y las porciones recomendadas • Inconformidad por el tipo de alimentos que deben incluir o excluir de su dieta | <ul style="list-style-type: none"> • Peso acumulado durante sus embarazos • Cambio de residencia • Hábitos familiares heredados • Tendencia al sobrepeso • Problemas de salud asociados al sobrepeso: hipertensión, alteración de lípidos | <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda para perder peso mediante el régimen dietético es prácticamente nula • Poco conocimiento sobre los grupos de autoayuda • No se configura como opción las agrupaciones de autoayuda • Implementar la dieta • Realizar actividad física |

| Experiencias de su malestar alimentario | Problemas asociados a su manera de comer | Formas de resolver la situación problemática |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> •Confrontación al implementar la dieta y el ritmo de trabajo •Costo económico que implica la compra de alimentos particulares | | |
| Diferencias | | |
| <ul style="list-style-type: none"> •Percepción de gordura y delgadez diferencial en las mujeres de mayor edad, donde ésta última se percibe como sinónimo de enfermedad, por tanto la abundancia en comida no resulta problemática •Mujeres jóvenes con mayor deseo y anhelo por la delgadez y la búsqueda de ser delgadas mediante el régimen dietético es mayor | <ul style="list-style-type: none"> •Depresión • Incremento del apetito o disminución asociados a la problemática de pareja •Presión de la pareja e hijos para modificar la silueta o hacer régimen dietético lo que lleva a una angustia y descontrol alimentario •Aislamiento social •Sedentarismo | <ul style="list-style-type: none"> •Pérdida de peso mediante el apego al régimen dietético •Actividad física utilizada como recurso para modificar la imagen corporal más que el régimen dietético •Utilización de otros recursos para enfrentar problemas familiares y emocionales. |