

Resumen / Abstract

El artículo aborda los comportamientos asociados al consumo abundante de alimentos y su correspondencia con la problemática de obesidad. El objeto de estudio es el “trastorno por atracón”. Se sustenta que bajo la normalización alimentaria el comportamiento hacia la comida se configura en patológico. Se describen y analizan la forma en las que este se va conformando, el peso del discurso médico-nutricional y el estético desde la visión de los grupos de autoayuda y participantes de un tratamiento clínico. Los principales resultados muestran a la imagen corporal como indicador de conflicto con los alimentos, la obesidad vivida como estigmatizante se vincula con formas de atención que desembocaron en una normalización alimentaria, estas permitieron perfilar la noción de trastornos alimentario.

Palabras clave: trastornos, atracón, autoayuda, antropología médica, alimentación, estigma, obesidad.

This article approaches the associated behaviors to the plenty intake of feeding and its corresponding with the matter of obesity. The purpose of this study is the “binge eating disorder”. It is supported that under the feeding normalization the behavior to food is pathologic. It is described and analyzed in which the medical, nutritional and esthetic speech are formed since the view of the aid groups and participants of a clinical treatment. The main results show the body image as a conflict indicator with food, the lived obesity as stigmatic is linked with several forms of attention that became in a feeding normalization, these allowed to profile the notion of eating disorders.

Key words: eating disorder, self-help groups, feeding and medical anthropology, stigma, obesity.

Introducción

El interés principal de este artículo 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. Dicho trastorno se incluye en una categoría denominada Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TANE) Esta circunscribe conductas alimentarias que no cumplen con los criterios para ser considerados un trastorno de la conducta alimentaria específico como sería la anorexia o bulimia nerviosa (DSM-IV-TR, 2000 y López, 2000), pero que a diferencia de estas últimas aún existen divergencias en los criterios (Cooper, 2003 y Devlin, 2003) que permiten diagnosticarlo de manera precisa a nivel clínico. Según el DSM IV el trastorno se caracterizan por episodios repetidos de una sobreingesta compulsiva de alimentos conocida como atracones, una forma de comer de manera abundante. 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, es decir, a través de un “atracón”. Ambos criterios han sido objetados por las condiciones subjetivas que impiden hacer una medición, evaluación y diagnóstico concreto, por tanto aún se siguen considerando como categoría residual en el DSM (Wilfley, 2003, Stunkard, 1998 y Cooper, 2003). Lo señalado es manifestado como un problema por cierto grupo de personas, concretamente



aquellas que tienen un problema de sobrepeso u obesidad y lo relacionan con su manera de comer, en gran parte debido a que este es una característica fundamental de dicho *trastorno*.

Los comportamientos alimentarios se evidencian relevantes dado que se vinculan a un problema relacionado con la obesidad y las co-morbilidades asociadas a esta. La obesidad es el principal factor de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, las dos principales causas de mortalidad general en México,¹ entre otras complicaciones (OMS, 2000, 2003). En las últimas tres décadas la prevalencia de obesidad ha mostrado un incremento relevante en México, la ha colocado entre las más altas a nivel mundial, alrededor del 71% e implica un equivalente de aproximadamente el 13% del gasto total en salud (Ensanut, 2012). En este sentido, se sitúan pertinentes una serie de estrategias nacionales e internacionales para contrarrestarla,² no obstante las acciones que han llevado las instancias de salud para aminorarla han legitimado acciones de control, restricción así como de la prescripción de reglas y normas alimentarias de tipo terapéutico las cuales han sido propuestas de manera generalizadas³ focalizando concretamente en modificaciones dietéticas y en incremento de la actividad física. Se parte 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, así como de las condiciones estructurales que impiden en gran medida la implementación de

¹ INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2011.

² 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. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria 2010. Acciones del Gobierno Federal. Secretaría de Salud.

³ Las propuestas focalizan en actividad física y cambios en la dieta véase la primera propuesta la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud adoptado por la 57a Asamblea Mundial de Salud (AMS) en mayo de 2004. Desde entonces, muchos países han emprendido acciones similares. 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.

los cambios sugeridos y, por tanto, evidencian un impacto limitado en dichas estrategias.⁴ Según los análisis de Barquera, no existe evidencia que permita inferir que la prevalencia de obesidad en nuestro país disminuirá en los próximos años (Barquera, 2013).

La problematización de la obesidad trastoca las nociones respecto a la conducta alimentaria, ya que como referimos, las acciones van enfocadas, primordialmente, a modificar aquellos comportamientos que se consideran inadecuados, poco sanos o enfermantes. Eso propicia una obsesión por la manera de comer a través de recomendar el control no solo alimentario, sino corporal, donde determinadas conductas alimentarias pueden ser juzgadas como irracionales o dañinas. Lo explicado da pie a la conformación de representaciones sociales sobre la conducta alimentaria como insana, inadecuada y, en algunos casos, patológica.

El objetivo es identificar cómo la medicalización o normalización alimentaria (Gracia-Arnaiz, 2007) tiende a generar una noción de la conducta alimentaria como enfermedad o trastorno y no permite incorporar elementos estructurales y culturales que impactan la manera, tipos, formas y decisiones que los sujetos consideran al momento de sus elecciones alimentarias.

Aproximación teórica

Definimos varios conceptos teóricos que nos permiten un acercamiento y diálogo con el problema planteado. Se incorporaron los conceptos trabajados por Canguilhem sobre la enfermedad, la patología y la normalidad (Canguilhem, 1981), los cuales nos permiten diferenciar las categorías de trastorno y enfermedad metabólica. El malestar alimentario según la visión del autor se da al otorgarse un juicio de valor ante estos. La norma dictada desde la nutrición sería adecuarse a una normalidad dietética, dieta óptima o equilibrada: medicalización o normalización alimentaria (Gracia-Arnaiz, 2007), y a un patrón de peso corporal ideal 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 con el consumo de alimentos, considerado desbordado, podría parecer que

⁴ En México, la estrategia nacional para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes (2013) focaliza en cambios dietéticos y actividad física que recaen en la responsabilidad individual. El etiquetado de alimentos y restricción mediante gravamen, que son otras estrategias propuestas, aún no han sido evaluadas como impacto posible en la disminución del problema.



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 valoración 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 (Bartolomé, 2014; Puhl, 2001, 2006 y Guerra, 2006). Lo anterior muestra la visión operante de la medicina al considerar conductas alimentarias como enfermedad o trastornos. Es decir, salen de lo normal y son consideradas patologías, a pesar de que el trastorno por atracón presenta dificultades clínicas para su diagnóstico. Desde la visión de Canguilhem, estas últimas, las patológicas, son otra forma de norma que no permitiría 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.

Incorporamos los modelos explicativos de la antropología médica del *illness*, *diseases* y *sickness* (padecimiento, enfermedad y malestar), estos conceptos y la discusión teórica han sido desarrollados ampliamente por varios autores (Kleinman 1978; Young 1982; Fitzpatrick 1990). En nuestro caso, nos centraremos en el concepto de padecimiento (*illness*), donde pretendemos incorporar las representaciones de un grupo de personas entorno a su experiencia en estados de desvalorización social, que desde la perspectiva médica son considerados patologías.

Finalmente, se integraron dos elementos conceptuales: las representaciones sociales (Jodelet, 1999; Osorio, 2001) e internalización de Berger y Luckmann que nos permiten entender la aprehensión de ciertas subjetividades y prácticas entorno a las maneras de comer. Al hablar de representaciones (Jodelet, 1999; Osorio, 2001) 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. Ello es, 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 estas 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. Refiriéndonos a la internalización, Berger y Luckmann la definen 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 sí mismo (Berger, 2008:162-163). 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* (Berger, 2008:173). 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.

Cabe señalar que nuestra postura en relación al trastorno, dada las limitaciones para su diagnóstico, consentimos definirlos *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, 2008:233), más que como nociones psicopatológicas. Por tanto, al hablar de la problemática alimentaria haremos referencia a las representaciones de bienestar alimentario, entendido este 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. El malestar o conflicto puede derivar en una obsesión alimentaria; esta fue definida 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.

Aproximación metodológica

La propuesta metodológica consistió en trabajar con personas que reconocieran tener un problema con su manera de comer. Ello, independientemente de tener o no un diagnóstico clínico. Las fuentes de información derivaron de dos grupos de autoayuda, donde los individuos, a través de un autodiagnóstico,⁵ consideran tener el trastorno de atracón, así como de una clínica privada donde las informantes no eran diagnosticadas con un trastorno alimentario, sino con problemas de sobrepeso y obesidad. Esta parte nos permitió explorar el porqué del 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.

Estudio de corte cualitativo (Tarrés, 2014) utilizando el método etnográfico (Guber, 2005), inició en agosto del 2008 y terminó en diciembre del 2010. El trabajo de campo incluyó la búsqueda y gestión para identificar población con padecimiento del trastorno. Los grupos de ayuda fueron otra opción que surgió en esta búsqueda. Dado que se asumen con un problema alimentario, inicialmente se propuso trabajar con una de las agrupaciones y se me permitió la asistencia durante tres meses en las sesiones semanales de dos a tres sesiones con duración mínima de una hora y máxima de tres. Ahí se realizó observación participante (Kawulich, 2006 y Sánchez, 2001), posteriormente, se trabajó de manera individual dado el rechazo a permanecer en observación de la dinámica grupal por las reglas de anonimato del propio grupo de Comedores Compulsivos Anónimos (CCA). En el grupo de Tragones Anónimos (TA) se contactó inicialmente a la responsable de gestar el grupo y se

⁵ Ninguno de los casos que asistían a las agrupaciones tenía un diagnóstico clínico

realizó acompañamiento para fundarlo en Cuernavaca. En el caso de la clínica, las participantes fueron invitadas, previo tratamiento nutricional, donde fueron atendidas y había concluido al momento de contactarlas. Se les invitó de manera individual con consentimiento informado y aceptado por todos los participantes. En los grupos de CCA y TA se utilizó la técnica de bola de nieve para contactarlos. En la mayoría de los casos se realizó etnografía multi-situada (Marcus, 2001) circunscrita a un consultorio privado, casas de las participantes, acompañamiento e invitaciones a reuniones sociales que incluía desayunos, otras festividades, asistencia a diversas reuniones nacionales de las agrupaciones y eventos de índole personal. Estos aspectos permitieron realizar observación participante, entrevistas a profundidad (Taylor y Bogdan, 1992) y constatar varias prácticas alimentaria.

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de dos y media horas, se grabaron en total 36 entrevistas a profundidad, 19 en el grupo de Comedores Compulsivos (CCA), nueve en el grupo de Tragones Anónimos (TA) y ocho en la clínica. 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 clasificó y codificó la información en archivos de *Word* manejando una estructura de temas y subtemas para organizar la información.

Resultados y discusión

El promedio de edad de las participantes fue de 43 años un índice de masa corporal de 30 (kg/m²). Las mujeres de la clínica presentan obesidad a diferencia de los participantes de los grupos. La duración en tratamiento principal, agrupación o clínica, fue de 3.9 años; las mujeres de la clínica estuvieron menos de un año en tratamiento. En la tabla 1 se detallan las características sociodemográficas de las participantes.

A continuación se presenta un análisis de los resultados relevantes que identificamos en nuestros informantes; se agrupan para este análisis en: miembros de CCA, grupo de TA y mujeres de la clínica. Cabe señalar que no se están analizando las agrupaciones como tales, aunque se recuperan elementos fundamentales vinculados con la terapéutica. Se muestran similitudes y diferencias de los grupos sobre sus representaciones y prácticas respecto a la problemática alimentaria para, finalmente, concluir articulando y retomando los conceptos teóricos antes mencionados.

Tabla 1. Información general de las participantes de la investigación

Nombre*	Edad/ años	Escolaridad	Estado civil	Hijos	Ocupación	Situación económica	Peso Máximo/ mínimo (kg)	Peso actual (kg)	IMC (kg/m ²)	Tiempo en el grupo terapéutico
Comedores compulsivos anónimos (CCA)										
Romina (3)	65	Preparatoria	Divorciada/ Viuda	3	Pensionada/ negocio propio	Estable	60/100	75	25	18 años
Nadia (5)	20	Preparatoria	Soltera	-	Cajera	Problemática	65/90	65	24	2 años
Gladis (5)	37	licenciatura	Soltera	-	Contador público	Estable	97/60	72	26	1 año
Martha (3)	43	Licenciatura	Divorciada	2	Negocio de comida	Estable	86/58	86	36	1 años
Pedro (1)	39	Licenciatura inconclusa	Soltero	-	Negocio propio viviero	Estable	100/78	80	26	14 años
Tragones Anónimos (TA)										
Gardenia (5)	43	Trabajo social	Casada	3	Ama de casa	Estable	75/52	60	25	9 años
María (5)	48	Carrera técnica	Casada	2	Ama de casa	Estable	72/63	65	23	1.5 años
Yaris (1)	35	Carrera técnica	Casada	1	Recepcionista	Estable	75/56	60	27	1 año
Clínica de control de peso										
Andrea (2)	51	Licenciatura	Casada	2	Ama de casa	Estable	89/60	89	36	8 meses
Juliana (2)	62	Licenciatura inconclusa	Soltera	-	Negocio propio de abarrotes	Problemática	102/70	100	43	5 meses
Rosa (1)	57	Primaria	Casada	2	Ama de casa	Estable	85/72	75	31	9 meses
Valeria (2)	32	Secundaria	Casada	2	Ama de casa	Problemática	89/70	85	40	6 meses
Yara (1)	26	Carrera técnica	Casada	-	Ventas	Estable	67/45	67	26	4 meses

* Se señala entre paréntesis el número de entrevistas realizadas, los nombres utilizados son seudónimos.

Fuente: entrevistas a profundidad. Trabajo de campo realizado en Morelos, periodo 2008- 2010.

Dinámica general de los grupos de autoayuda y las mujeres de la clínica

Los grupos CCA y TA orientan su terapéutica con base en los grupos de ayuda mutua y se caracterizan en las interacciones sociales cara a cara, red de pares, relaciones horizontales. Donde no interviene terapeutas profesionales (Dean, 1986 y Katz, 1981) se guían bajo los Doce Pasos al igual que los grupos de Alcohólicos Anónimos y otros grupos de autoayuda sustituyendo la situación de alcohol u otra problemática por la comida. El objetivo del grupo de CCA no es la dieta o régimen dietético, sino poder establecer la abstinencia, evitando el alimento que les compulsa y que debieron de haber identificado en el cuarto paso mediante un recordatorio de su historia de vida, en los participantes de este grupo no todos lo habían identificado. El grupo proporciona elementos de ayuda como: la terapia de reflejo, la cual se da en la tribuna por medio de la catarsis, la asistencia al grupo, la asesoría mediante el apadrinamiento. Su terapéutica se basa en identificar las emociones porque estas son las causantes del desbordamiento alimentario, por tanto el trabajo emocional es la base del control, la abstinencia alimentaria y por consiguiente se consigue el control de peso.

En el caso del grupo de TA identificamos incorporan una herramienta 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. Incorporan algunos de los elementos utilizados en los grupos anónimos, como es el uso de la tribuna que permite la catarsis, no obstante apearse al plan alimentario es una de sus estrategias principales, el cual se debe ejecutar al pie de la letra, 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 utilizando 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.

Las mujeres de la clínica fueron contactadas después de que todas ellas habían concluido su tratamiento nutricional que incluía seguimiento médico, nutricional y psicológico, ninguna de ellas concluyó el tratamiento y solo una de ellas logró la pérdida de peso que se habían propuesto. El seguimiento se realizaba quincenalmente y eran revisadas por los tres especialistas. El trabajo psicológico tenía el objetivo de apoyarlas emocionalmente para que se apegaran al tratamiento dietético, el primero según refieren las participantes era un



espacio de catarsis y apoyo emocional en general donde les gustaba participar. El tratamiento nutricional y médico no les agradaba porque se sentían regañadas y se les inculcaba por no seguir el plan dietético

Análisis: similitudes y diferencias entre CCA, TA y las mujeres de la clínica

Encontramos una constante fundamental que permite que 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. La constante se expresa como una inconformidad de la imagen corporal que se proyecta de manera diferencial en aquellos que se sienten “estigmatizados” por padecer sobrepeso u obesidad desde edades tempranas.

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, estos 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, el haber estado embarazada y tener hijos influye en la noción de que cierta gordura está “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 desearla.

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, sobresale la idea de delgadez entrelazada a la belleza y al éxito.

La maternidad es un aspecto que se configura importante, encontramos que se esta 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 estas se 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. Sin embargo, después de los embarazos la acumulación 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 traerles a su cuerpo, particularmente cuando se ha logrado controlar el sobrepeso. Sin embargo, 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 esta 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.



Por otro lado, 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 la 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. Solo 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. Este 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 continúa.

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”. Lo anterior fue, además de la anulación o disminución de un tiempo de comida como no cenar, realizar una merienda o desayunar ligero; otros trataron de llevar alguna dieta mediante la prescripción o recomendación de nutriólogo o médico. Asimismo, 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. Lo anterior evidencia lo que Menéndez denomina modelos de atención, concretamente la autoatención como un proceso dinámico, en términos de exclusión y articulación, además de transaccional donde el sujeto o grupo pueden consultar uno o más curadores, servicios o recursos (Menéndez, 2005:39-40). No obstante, 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 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 estos, 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, es decir la auto-atención se muestra dinámica y transaccional (Menéndez, 2005).

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 nuestras 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 la que se encuentran la mayoría de los participantes. 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, desahogadas en ese sentido. En las 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, 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 que se comience a configurarse un conflicto o malestar alimentario como resultado de intentar adoptar cambios en la manera de comer y buscar instaurar, en la práctica, una *adecuada alimentación* a partir del régimen dietético. Esto 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.

De igual manera, 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 o normalizada de la alimentación* la que accede a establecerse de manera contundente una obsesión o malestar alimentario. Lo anterior podemos sustentarlo con 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 durante su curso 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 este.

Lo anterior lo podemos observar 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. Ello 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 sí 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.

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 recuperarlo. Estas características se expresan en mayor grado entre los que han controlado su alimentación bajo la prescripción nutricional en comparación con aquellos que solo se apegan a la abstinencia como recurso para controlar el peso. Las diferencias se expresan porque se piensa que 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 este solo puede seguirse dentro del grupo; uno de los elementos terapéuticos de la agrupación es consumir un tipo y cantidad de alimento en cada tiempo de comida según el uso de una guía dietética, 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 recuperarlo 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 le dan el mismo valor que 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 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, encontramos que este fue desde seis meses hasta nueve años. Los efectos de la dieta medicalizada en el peso corporal es 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



el otro, se confronta con los gustos, hábitos, costumbres y la práctica alimentaria con el contexto social: “*comía sola*”, “*me llevaba mi comida*”, “*me gusta salir a comer fuera y con la dieta no puedo*”, “*me hacían burla de lo que comía*”, “*me sentía excluida*”, “*todas las reuniones es comida, comida*”, “*en navidad me preocupaba que iba comer, ya conozco a la familia y sabía que no iba a poder hacer la dieta*”. 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 este trasciende al plano de “trastorno” o “patología”. En el caso de las mujeres de la clínica, el malestar alimentario se queda en este 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 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 .

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 compulsa, como una característica de los grupos de ayuda mutua (Dean, 1986 y Canals, 2002).

Las mujeres de la clínica no han padecido obesidad en edades tempranas 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 obesidad 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 otra parte, 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, este es menos exacerbado que en los integrantes de los grupos.

Podemos identificar, sin embargo, 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 él 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 o normalización 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. Debemos señalar que siempre identificamos conflicto, no solo en el gusto, sino también en la comprensión del lenguaje utilizado por los clínicos, no 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. Cabe mencionar que todas ellas presentaron obesidad en comparación con los participantes de los grupos de autoayuda, es decir, en la práctica no se lograron implementar los cambios en la dieta, ni modificaciones en el peso corporal.

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, este llega a representar una extensión de su vida, forma parte de su círculo social donde no solo 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, esta pasa a segundo plano; 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 se gestaron 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 este para llevar su dieta. En este sentido, podemos identificar el papel que juegan las agrupaciones de ayuda mutua en determinados padecimientos (Dean, 1986, Modena, 2011).

La interiorización de la noción de “*trastorno alimentario*” recuperada por el discurso grupal

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. Estos últimos, más bien son percibidos como la consecuencia de la *enfermedad alimentaria*, aunque encontramos que la obesidad es vista, en primer término, como una enfermedad y que se experimenta como estigma (términos de Goffman, 2006). En segundo término, *a posteriori*, se muestra como un defecto de carácter expresado en la falta de control ante la abundancia alimentaria, aunque así hayan comido siempre, esta 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 participantes, 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 *atracón* y las conductas asociadas a este.

El 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. La enfermedad, además, es incurable, solo se controla; para lograrlo requerirá de las herramientas terapéuticas que el grupo ofrece, lo cual implica dependencia a este. Identificamos, 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 debe asumir como tal.



Una vez reconocido que se *es* un enfermo de comida, el grupo introduce otro elemento que posibilita el que se 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 luego, 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 y lo asociaban a las emociones vinculadas con recuerdos y vivencias en la infancia. Por ello, el alimento abrazaba un contenido emotivo fuerte. Nosotros no identificamos en ninguno de los participantes, al menos en el discurso, haberse atracado en términos biomédicos, de un alimento en particular considerando la definición biomédica característica del atracón 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: *“comía mucho chicharrón, mucha carne de puerco”, “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, [] 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”; “me gustaba todo eso, el pozole, los tacos, allá no se acostumbra mucho de maíz, todo de harina, pero aquí le agarré sabor y la verdad es que si me gustaba todo lo que fuera tortilla y más frita”*. Así que la sobrealimentación es una constante y no identificamos en ninguna de las informantes tengan una problemática alimentaria en los términos descri-

tos 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” al salirse o no conseguir la norma en términos de Canguilhem.

Los participantes 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. Solo 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 los que esta se proyectaba por la imagen corporal. Así, *se es otro* porque se está delgado, sin embargo, identificamos cómo el hecho de estar delgado (tanto los integrantes de CCA como TA tienen IMC considerado normal) 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. 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 este se modifique o se controle.

Conclusiones

Podemos concluir que son diversas vías que surgen del discurso biomédico particularmente la noción de los modelos estéticos interrelacionados con las maneras de comer acceden la interiorización de las representaciones de un hecho indispensable y cotidiano: la alimentación. Ello se exprese en diferentes gradientes en términos de conflicto o se asimile como enfermedad, es decir que 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. Esto, 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 “enfer-



medad metabólica”. Si bien se parte de contextos medicalizados, los grupos de autoayuda y la clínica evidenciamos que la búsqueda de atención no solo recae en estos, sino se presenta de manera dinámica, es decir, los recursos de atención se entrecruzan y empalman. Se evidencia, también, que los participantes buscan, en primer término, modificar su imagen corporal con una multiplicidad de recursos, no obstante es el control de la dieta y las formas de comer las que se constituyen como elementos primarios, no exclusivos, para afrontar el malestar alimentario. En este sentido, la normalización alimentaria accede se genere conflicto y obsesión con la alimentación, observándose concretamente en los participantes que estuvieron bajo tratamiento nutricional donde la falta de control alimentario, la angustia por no bajar de peso y miedo a recuperarlo, características clínicas que definen al trastornos se hacen evidentes. Se confrontan los gustos, hábitos, costumbres y prácticas alimentarias, calóricas, abundantes y con una particularidad cultural al no adecuarse o conseguir normar la dieta y bajar de peso. Los recursos de los grupos permiten una mejor manera de abordar la problemática a pesar de la influencia medicalizada de la alimentación, la visión de la enfermedad y la dependencia grupal. La búsqueda de opciones que contemplen las particularidades culturales y sociales para hacer modificaciones en el comportamiento alimentario debe ser considerada como elementos primarios de prevención y atención a la problemática de la obesidad lo cual permitiría, en parte, disminuir el estigma social de estas formas corporales y la visión de la alimentación como patológica.

Bibliografía

- Barquera, S. *et al.* (2013) “Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, Ensanut 2012” *Salud Pública Mex.* 2013, vol. 55, núm. 2, pp. S151-S160.
- Bartolomé, M. D. y J. L. Guzmán (2014) “La estigmatización social de la obesidad” *Cuadernos de bioética.* 2014, vol. 25, núm. 84, pp. 273-284.
- Berger, P. y T. Luckmann (2008) *La construcción social de la realidad.* Buenos Aires, Amorrortu.
- Canals, J. (2002) *El regreso de la reciprocidad: grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas.* Tesis doctoral, Universidad Rovira I Virgili, España. En: <http://tdx.cesca.cat/bitstream/handle/10803/8411/TESI_Pep.pdf?sequence=1> [Accesado el 20 octubre 2013]
- Canguilhem, G. (1981) *Lo normal y lo patológico.* México, Siglo XXI.
- Cooper, Z. y C. Fairburn (2003) “Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa” *International Journal of Eating Disorders.* 2003, vol. 34, pp. S89-S95.

- Dean, K. (1986) "Lay care in illness" *Social science and medicine*. 1986, vol. 22, núm. 2, pp. 275-284.
- Devlin, M., Goldfein, J. y I. Dobrow (2003) "What is this thing called BED? Current status of Binge Eating Disorder Nosology" *International Journal of Eating Disorders*. 2003, vol.34, pp. S2-S18.
- Fitzpatrick, R. *et al.* (1990) "La enfermedad "Iceberg" y algunos aspectos de la conducta en el consultorio" en G. Scambler y A. Scambler, *La enfermedad como experiencia*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (2006) *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, 10ª reimpresión, Amorrortu.
- Gracia-Arnaiz, M. (2007) "Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario" *Salud Pública de México*. 2007, vol. 49, núm. 3, pp. 236-242.
- Guber, R. (2005) *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Barcelona, Paidós.
- Guerra, F. *et al.* (2006) "Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México" *Invest Salud*. 2006, vol. 7, pp. 91-94
- Jodelet, D. (1999) "La representación social: fenómenos, concepto y teoría" en S. Moscovici (ed.), *Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales*. Barcelona, Paidós.
- Katz, A. (1981) "Self-help and mutual aid: An emerging social movement?" *Annual Review of Sociology*. 1981, vol. 7, pp. 129-55.
- Kleinman, A. (1998) *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. E.U.A., Basic Books.
- López, I. y M. Valdés (2000) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona, Editorial Masson.
- Markey, C. (2004) "Culture and the development of eating disorders: A tripartite model" *Eating Disorder*. 2004, núm. 12, pp. 139-156.
- Marcus, G. (2001) "Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal" *Alteridades*. 2001, vol. 11, núm. 22, pp. 111-127.
- Menéndez, E (2005) "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos" *Revista de Antropología Social*. Universidad Complutense de Madrid, España 2005, vol. 14, pp. 33-69.
- Modena, M. (2011) *Beber y dejar de beber: alcohólicos anónimos y la construcción del padecimiento de la carrera alcohólica*. Tesis doctoral. México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Organización Mundial de Salud/Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (2003) *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Ginebra, reporte técnico, serie 916.
- Organización Mundial de la Salud (2000) *Obesidad: prevención y manejo de la epidemia global*. Ginebra, reporte de consultoría de la OMS, reporte técnico, serie 894.



- Organización Mundial de la Salud (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. Madrid, Meditor.
- Osorio, R. (2001) *Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México, Biblioteca de la medicina tradicional mexicana.
- Puhl, R. y K. Brownell (2006) "Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults" *Obesity*. 2006, vol. 14, pp. 1802-1815.
- Puhl, R. (2001) "Discrimination and obesity" *Obesity Research*. 2001, vol. 9, pp. 788-805.
- Sánchez, S. R. (2001) "La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados" en M. L. Tarrés (comp.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México, El Colegio de México/FLACSO.
- Stunkard, A. y K. Allison (2003) "Binge eating disorder: Disorder or marker?" *International Journal of Eating Disorder*. 2003, núm. 34, pp. S107-S116.
- Tarrés, M. L. et al. (2014) *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México, El Colegio de México/FLACSO.
- Taylor, S. y R. Bogdan (1992) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La entrevista en profundidad*. Barcelona, Paidós.
- Wilfley, D., Wilson, T. y S. Agras (2003) "The clinical significance of binge eating disorder" *Int J Eat Disord*. 2003, vol. 34, pp. S96-S106.
- Kawulich, B. (2006) "La observación participante como método de recolección de datos" *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*. 2006, vol. 6, núm. 2, pp. 2-05.
- Young, A. (1982) "The anthropologies of illness and sickness" *Annual review of anthropology*. 1982, núm. 11, pp. 257-285.
- Zafra, E. (2008) "Los trastornos del comportamiento alimentario como "estares alimentarios" entre el placer (bienestar) y el conflicto (malestar)" en R. Oriol, C. Larrea y J. Fernández (codos.), *Congreso de Antropología de la FAAEE. Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*. España.

PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN:
EL CASO DEL ATRACÓN



