

The background is a complex abstract composition. The upper portion is filled with a dense field of teal and purple circles of varying sizes, creating a textured, almost cellular appearance. Below this, a dark silhouette of a tree with several branches is visible. The lower half of the image is dominated by large, overlapping shapes in shades of purple, magenta, and yellow, some with a diagonal striped pattern, suggesting a stylized landscape or foliage. The overall color palette is rich and vibrant, with a mix of cool and warm tones.

**Experiencias, sentido  
e identidad personal:  
narrativas de mujeres con  
sobrepeso en tratamiento  
en el sur de España<sup>1</sup>**

## EXPERIENCIAS, SENTIDO E IDENTIDAD PERSONAL: NARRATIVAS DE MUJERES CON SOBREPESO EN TRATAMIENTO EN EL SUR DE ESPAÑA1

### EXPERIENCES, MEANING AND PERSONAL IDENTITY: UNDER TREATMENT OVERWEIGHT WOMEN'S NARRATIVES IN SOUTH OF SPAIN

#### RESUMEN

Este trabajo se basa en un estudio etnográfico desarrollado en la ciudad de Murcia en España. Se centra en las experiencias y subjetividades surgidas en mujeres de mediana edad diagnosticadas con sobrepeso y/u obesidad, e inmersas en algún tipo de tratamiento nutri-dietético en el momento de desarrollo de la investigación. En primera instancia y de manera principal, la idea del trabajo es indagar en el tipo particular de experiencia social que supone este tipo de diagnóstico, a través del análisis de las narrativas elaboradas por estas mujeres, de forma que esto nos permita apreciar el papel que cuestiones en principio alejadas de la corporalidad y la fisiología definidas en el sentido biomédico, como puede ser la identidad personal, o la representación biográfica de uno mismo, de cara a entender el padecimiento del sobrepeso de un modo más amplio, holístico y complejo. Además, las narrativas nos permitirán también percibir la relativa profundidad con la que determinadas ideas y concepciones biomédicas, y también socio-morales en torno al sobrepeso, han sido incorporadas y subjetivizadas por dicho colectivo de mujeres. Y en segundo lugar y de un modo más tangencial, el trabajo pretende también proponer algunas reflexiones de un calado más general en torno a las potencialidades y retos epistemológicos y metodológicos que supone abordar determinadas problemáticas de salud desde un enfoque narrativo, en el que experiencias, percepciones, sentimientos o significados se constituyen en la trama de “realidades objetivizadas”, la empiria sobre la cual deben construirse al menos parcialmente otro tipo de discursos o concepciones científicas.

**PALABRAS CLAVE:** Antropología médica; narrativas; experiencia; subjetividad; corporalidad; identidad personal

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©

#### ABSTRACT

This work is based on an ethnographic study developed in Murcia city (Spain). Its focused on the experiences and subjectivities in middle-aged women diagnosed with overweight or obesity, and immersed in some kind of nutri-dietetic treatment at the time of the research. First and main way, the idea of work is to inquire into the particular type of social experience that supposes this type of diagnosis, through the analysis of the narratives elaborated by these women, in order that this allows us to appreciate the role of questions sited away from the physicality and physiology defined within the biomedical meaning, such as personal identity, or the biographical representation of the self, in order to understand the suffering of being overweight in a broader, holistic and complex way. In addition, narratives allow us also to perceive the relative depth with which certain ideas and biomedical and socio-moral concepts, around overweight, they have been incorporated and subjectivized by this woman collective. And secondly and in a most tangential way, the work aims to propose some reflections of more general draft around the epistemological and methodological potentials and challenges, involved addressing certain health problems from a narrative approach, in which experiences, perceptions, feelings, or meanings are constituted into the plot of “objective realities”, the empiria on which another type of speeches or scientific ideas must be built partially at least.

**KEYWORDS:** Medical Anthropology; Narratives; Experience; Subjectivities; Corporality; Personal Identity.

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©



ARTÍCULO RECIBIDO: 18 DE SEPTIEMBRE DE 2016

ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN: 23 DE OCTUBRE DE 2016

ARTÍCULO PUBLICADO: 30 DE NOVIEMBRE DE 2016

## INTRODUCCIÓN: EL SOBREPESO, UN “OBJETO” COMPLEJO

Hace ya algunos años que desde distintas instancias, nacionales e internacionales, las instituciones centradas en la gestión y el enmarque de las agendas y prioridades respecto a la salud de las poblaciones, vienen llamando la atención, en ocasiones con un tono alarmante, en relación al enorme problema presente, y también como proyección a futuro, que representa para nuestras sociedades el sobrepeso. Tanto es así que ya en su momento la Organización Mundial de la Salud (Libro Blanco Europeo, 2007), llegó a calificar el sobrepeso como la “epidemia global del s. XXI”. Y en cierto sentido la definición no es del todo desacertada, ya que la problemática del sobrepeso no solo da cabida a un buen número de aspectos biológicos, psicológicos, y socioculturales entrelazados de múltiples y complejas maneras, que parecen tomar diferentes configuraciones dependiendo de cuestiones como la sociedad nacional, los grupos sociales o los tipos de sujeto social de que se hable. Sino que, pone en juego determinadas características que podrían considerarse cuasi “estructurales” en lo que se refiere a las implicaciones y efectos de los saberes expertos en la vida de las personas, además de hacer presentes determinadas paradojas constitucionales de lo que podríamos llamar “modos de vida globalmente occidentalizados” (Collier; Lakoff, 2004).

Por otra parte, da la impresión de que el desarrollo epidemiológico del sobrepeso y la obesidad en distintos tipos de sociedad o ámbitos geo-económicos, apunta hacia una constatación de su definición como epidemia global. Si en primera instancia parecía tratarse de una problemática que incidía sobre todo en los países desarrollados, en los cuales predominaba el impacto entre las clases populares. Más recientemente se ha podido constatar su presencia y rápida extensión también en lo que se suele denominar sociedades en proceso de desarrollo (Gracia,

2009; Campos, 2004). En las cuales la tendencia ha sido justo la inversa, ya que si en principio apuntaba un mayor impacto en las clases sociales más favorecidas, éste ha pasado rápidamente a difuminarse y complejizarse extendiéndose también a segmentos sociales desfavorecidos. Es decir, que en ambos casos, sociedades de la opulencia o de la carencia predominante, los datos epidemiológicos apuntan una tendencia generalizada, que parece querer saltar las barreras de clase, género, etnia o nivel cultural, claro está no de manera equitativamente distribuida, pero si de un modo que merece ser tenido en cuenta más allá de las hipotéticas disposiciones o susceptibilidades genéticas de distinto tipo que se puedan sugerir (World Health Organization, 2016).

Así pues estos desarrollos en definitiva han venido si no a constatar, si a apuntalar los principales ejes en los que se organizan las principales formas de problematización en términos de experticia, generalmente enunciadas en clave de salud pública (ahora global) sobre el problema, como son:

- a) los efectos y desequilibrios producidos por la extensión global de los modos de vida occidentalizados, en su ligazón con los procesos de modernización.
- b) los efectos y consecuencias corporales, fisiológicos y psico-culturales de los desarreglos relacionados con el peso y la alimentación en los distintos grupos sociales.
- c) los costes y efectos a futuro para los sistemas de salud nacionales, fruto de los problemas de salud que el sobrepeso lleva aparejados en su proyección en el tiempo (diabetes, hipertensión, dolencias cardio-respiratorias...).

A su vez y sin querer restar ni un ápice de gravedad a la reflexión sobre este panorama, me parece interesante resaltar también, que la “construcción social” del fenómeno en clave de emergencia, ha tenido también su repercusión en el ámbito de los debates científicos, o mejor dicho en el terreno donde confluyen, se articulan, alinean y contradicen las verdades y perspectivas de los diferentes modelos explicativos sobre el problema. Evidentemente que tratándose de salud, las explicaciones y abordajes médicos han permanecido en sus posiciones de preponderancia, señalando el

cuerpo físico y la fisiología como ámbitos clave donde incidirían aspectos relacionados con la herencia y las predisposiciones genéticas, la ingesta y el gasto calórico en la alimentación, así como la voluntad entendida como capacidad de control de los individuos a la hora de manejarse tomando decisiones sobre su estilo de vida. Pero así y todo, la gran complejidad del problema, especialmente sus innegables implicaciones sociales y psicoculturales, han terminado por hacer necesario tener en cuenta, aunque sea de manera bastante peculiar, lo que ofrecen o podrían ofrecer en cuanto a soluciones y abordajes los enfoques socio-culturales (Carvalho y Martins, 2004; Wanderley y Alves, 2010; Navas López, Palacios Ramírez y Muñoz Sánchez, 2014). Que por su parte, y desde una posición minoritaria, aunque en aparente proceso de reconocimiento, han venido tratando de poner el énfasis en otra serie de cuestiones, fundamentalmente vinculadas a sistemas de prácticas, como serían los hábitos y costumbres alimentarios de grupos sociales concretos, el peso específico de lo que se suele entender solo "como contextos": relaciones sociales, aislamiento, formas de comensalidad, conocimientos y creencias gastronómicos y dietéticos, condiciones relacionadas con la industrialización alimentaria.

Lo curioso de esta situación en mi opinión, es que pese a haber cedido paso aparentemente, a lo que las perspectivas socioculturales pudieran aportar, desde sus metodologías y procedimientos eminentemente cualitativos, las concepciones biomédicas no han dejado de negociar sobre máximos. Es decir, pese a que las concepciones fisiologistas y genéticas en torno al sobrepeso han "suavizado" sus posiciones, introduciendo en los modelos explicativos aspectos nutricionales, elementos socioculturales naturalizados como aspectos "ambientales" bajo la noción de "entornos obesogénicos", e incluso elementos psicológicos, que ligan al menos un determinado porcentaje de los problemas de sobrepeso, a mecanismos cercanos a las conductas adictivas (Velasquez y Alvarenga, 2001; Gracia, 2014), donde la relación con la comida encierra relaciones que se vinculan significativamente con manejos respecto a la autoestima, las emociones o la autopercepción. La configuración de los modelos explicativos y sus interrelaciones jerárquicas no ha cambiado tanto en lo que respecta a sus efectos, esto es, las formas de delimitar

el problema y actuar sobre él, que siguen "imaginando" un problema que funciona bajo un plano de determinaciones, decisiones y consecuencias que se desarrolla en términos de cuerpos y voluntades individuales, y que por lo tanto oscurece la presencia y el papel de los componentes colectivos, económico-políticos y culturales. En este sentido, parece claro que determinadas asunciones respecto al entendimiento del cuerpo y la corporalidad, en interrelación dinámica con pautas emocionales enmarcadas culturalmente, centrales en las ciencias sociales, especialmente en la Antropología, continúan siendo consideradas inasequibles o no llamadas a ser tenidas en consideración desde ámbitos médicos y sanitarios, pese a la larga historia con la que lo somático cuenta como puente conceptual entre ambos campos.

Baste como evidencia de todo esto el hecho de que, si partimos de la idea de que cada modelo explicativo o perspectiva experta, cuenta con sus propios sistemas o formas de evidencia empírica, que a su vez se plasma en la configuración de formas concretas de intervención. En nuestras sociedades, salvando algunas excepciones puntuales donde se han realizado experiencias de intervención "alternativas", predominan claramente las formas de intervención relacionadas con una percepción biológica y psico-individualizada del problema, como serían los tratamientos articulados en base a la conjunción de tratamientos dietéticos, programas de ejercicios físicos, y como mucho, formas complementarias de seguimiento y acompañamiento, a lo que además podríamos sumar la creciente opción de operaciones quirúrgicas como balones gástricos. Mientras que formas de intervención con otra orientación, como programas de prevención y concienciación, formas de regulación estatal para la industria y la publicidad, o estrategias para revertir la pérdida de la soberanía alimentaria, aparecen en clara minoría o en un plano estrictamente teórico (Ortiz, Nava y Veras, 2010). Además, evidentemente está por ver que la preeminencia de unas formas de tratamiento e intervención sobre otras, se base estrictamente en evidencias de su mayor eficacia, o en su capacidad para ofrecernos una mejor comprensión del fenómeno.

Lo que parece claro al menos desde mi perspectiva, es que pese a su apariencia de

imparcialidad, las concepciones y abordajes biomédicos en cuanto al sobrepeso contienen interrelaciones, están “contaminados”, de elementos o principios estéticos y morales claramente culturales o socio-históricamente situados (Contreras y Gracia, 2005), que seguramente es posible relacionar, de un modo más o menos claro, con las inseguridades e indefiniciones de la biomedicina a la hora de dimensionar el problema del sobrepeso y la obesidad en términos “naturales”. Es decir, en modalidades de clasificación en base a perfiles claros y procesos de causa efecto, que permitan modelar teóricamente el funcionamiento de los trastornos. Cabe aquí apuntar como ejemplo los debates en torno a las formas de clasificación en base a las medidas de peso y altura, la medida de la cintura o el porcentaje de grasa en ciertas zonas del cuerpo. Dichas implicaciones o elementos de contaminación socio-cultural, guardan claro está, relación con los procesos socio-históricos en los que confluyen la enunciación de distintos regímenes de discurso y de prácticas a partir de ideales de belleza, juventud y salud, constituidos hoy en torno al tema de la delgadez, la esbeltez de los cuerpos, especialmente los femeninos. Como también la guardan con la constitución de regímenes morales constituidos en torno a temas como el autocontrol y la libertad (Rose, 1999). Singularmente ostensibles en el ámbito de la regulación de las conductas y prácticas de determinados colectivos sociales, en el marco de lo que desde el s. XIX, se podría considerar una incipiente esfera de debates e intervenciones en salud pública, que tendrían como eje transversal el principio de calificar determinadas conductas desviadas como “irracionalidades, fruto de debilidades o incapacidades de ciertos sujetos o grupos para autogobernar sus deseos o impulsos a diferencia del resto (Valverde, 1998).

### **EFFECTOS DE SUBJETIVACIÓN Y TECNOLOGÍAS MÉDICAS: CUESTIONES TEÓRICAS**

Tal y como se apunta prácticamente desde el resumen que encabeza el texto, la principal pretensión de este trabajo radica en, a partir del trabajo sobre las narrativas personales de un grupo de mujeres en tratamiento nutricional por problemas de sobrepeso, intentar iluminar o proponer una serie de claves de interpretación teórica respecto al efecto de la etiqueta social y diagnóstica del sobrepeso en la vida de las personas, es decir, sobre parte

de la naturaleza social de dicho problema. Dichas claves guardan relación con las vidas cotidianas, con las historias personales y los avatares de estas mujeres, por más que en ellas aparezcan como no, referencias a cuerpos medidos, contabilización de calorías, o estrategias a la hora de comer. Es decir la intencionalidad del trabajo gravita más en torno a intentar analizar los efectos del sobrepeso como categoría social en términos de subjetividad o de procesos de subjetivación (Rose, 1998; Biehl y otros, 2009), que en la línea de buscar hallazgos que permitan abordar de manera innovadora el sobrepeso entendido como problema de salud. A modo de anotación colateral, he de decir que se me hace difícil pensar una posible y necesaria transformación en las formas de abordarlo y tratarlo como problema institucional y público, que no pase primero por una especie de cambio epistemológico en el sentido batesoniano (Bateson, 1998), que permita eludir límites entre técnicas y procedimientos clínicos y sociales, o la búsqueda de las interrelaciones entre las formas de producción social del fenómeno del sobrepeso y las de su construcción social (sigo ahora a Hacking, 2001). Pero como decía eso sería otro tema.

Y llegado este punto, sí que considero necesario realizar un par de consideraciones que pueden servir de marco explícito en el que encajar el posterior trabajo con las narrativas a otro nivel de detalle.

Primera consideración. Si del desarrollo de mi argumentación se infiere en algún punto que considero o voy a tratar el sobrepeso como una “enfermedad social”, o siendo más preciso, que pretendo centrarme en una serie de ámbitos de experiencia que considero determinados por lo que puede entenderse como una configuración social, efectivamente es así. Quiero decir que las categorías médicas y los tratamientos forman parte de estos “efectos”. Y pienso en relación a esto en las ideas del antropólogo Joao Biehl (2009), acerca del efecto en las formas de subjetividad de las tecnologías médicas, término que me permito aquí interpretar en un sentido conceptualmente más amplio que el convencional, en la línea de lo que Nikolas Rose denominara tecnologías sociales (1999), dentro de una ascendencia teórica común, que remite a toda una concepción tecnológica de la ontología humana enraizada en el posestructuralismo. Para Biehl en nuestras

sociedades estaríamos asistiendo a la emergencia de nuevas formas de subjetividad y control social en torno a las enfermedades, a la reconfiguración de nuevas modalidades de las experiencias illness, y esto se debería en buena parte a la integración/adaptación/interiorización/hibridación de racionalidades, proposiciones y enunciados inscritos no solo en los aparatos y mediaciones tecnológicas cada vez más insertas en nuestra cotidianidad, o en los fármacos que ingerimos, sino también en los programas, metas y medios que nos proponemos o nos proponen desde ámbitos clínicos y desde discusiones expertas que tienen efectos en otros ámbitos. En definitiva lo que planteo con esta reflexión algo extensa, es evidentemente que algo similar estaría ocurriendo con la experiencia del sobrepeso, por supuesto con modulaciones, singularidades. Esto es, que el conjunto y articulación de formas de observación y análisis de las pautas alimentarias, los programas de ejercicio y dietas, las mediciones del peso, o la información sobre las bases genéticas del problema, y un montón más de claves provenientes del ámbito clínico, se incrustan en la vida cotidiana de estas personas, generalmente desde muy jóvenes, acompañándolas todas sus vidas. Porque recordemos que cuando Erving Goffman (2001) definía el estigma como identidad social deteriorada, señalaba que su constitución se desarrollaba a partir de que una característica o atributo no deseable socialmente se sobreponía sobre el resto de atributos de una persona, eliminando la percepción de los demás.

Segunda consideración. De las 20 mujeres sobre las cuales se elaboraron las narrativas que dan pie a este trabajo, todas asistían a alguna clínica o consulta nutri-dietética y se encontraban en tratamiento, de hecho se sobreentiende que este fue el punto a través del cual se estableció el contacto. Entre ellas, casos heterogéneos en cuanto a diferentes niveles de sobrepeso y solo algún caso de obesidad, pero ningún caso extremadamente severo. En alguno u otro momento todas habían pasado por diferentes métodos o tipos de tratamiento para adelgazar o controlar su peso. Cuestión esta de las trayectorias terapéuticas, que es quizá uno de los principales puntos que permiten establecer diferencias significativas en cuanto a la clase social, nivel formativo, o tipo de empleo. Sin embargo más allá de lo que se pudiera pensar a primera vista, como

colectivo, artificial lógicamente, no creo que pudiera considerarse que representaban de manera homogénea una especie de habitus, en el modo en que Pierre Bourdieu (1988) definía el concepto, en el sentido de que pudiera inferirse que este conjunto de mujeres podría representar algunas de las posibilidades de carrera social en torno al sobrepeso, de la tan mentada e indefinida clase media. Al contrario, algunas de estas mujeres pagaban de sus bolsillos las consultas, mientras otras estaban allí como parte de sus tratamientos en el sistema sanitario.

Planteo esta disquisición no porque pretenda defender que este conjunto de narrativas puede representar un conjunto más o menos amplio de perfiles de mujer con sobrepeso en tratamiento. Sino porque me parece que en el caso del sobrepeso, precisamente ahí, en la relación de las características que resaltamos y conectamos, generando los patrones que tematizamos como posibles perfiles, y la heterogeneidad de otras características que dejamos de lado, se encierra una cuestión relevante. A menudo se argumenta que las configuraciones de los componentes bio-psico-sociales que conforman el sobrepeso como entidad, serían lo suficientemente variables y plurales, y así lo apunta la investigación cualitativa, singularmente la etnográficamente orientada, para distinguir elementos y diferencias significativas, especialmente de cara a formas de prevención más dirigidas, algo que sería como una incipiente pluralización de las definiciones y las formas de intervención. Y eso sin duda es algo positivo. Pero a la vez, lo que se refiere a los efectos de subjetivación, las formas de vivenciar, procesar y dar cuenta de la experiencia social del sobrepeso, ya capturado por la "maquinaria clínica", no son tantas, o mejor dicho, son potencialmente infinitas en el sentido fenomenológico, pero no en el sentido de las racionalidades y técnicas que las enmarcan, que parten de diseños globales (Delvecchio-Good, 2007; Nguyen, 2005).

En otras palabras, aunque es interesante reconocer que el sobrepeso como dispositivo social genera múltiples modulaciones en sus efectos y funcionamientos, y esto es útil por ejemplo para tratar de reconocer tendencias, también lo es reconocer una serie de principios o pautas que se mantienen o estructuran como polos de atracción (Biehl; Locke, 2005).

Quiero decir, que es posible que en cuanto al problema del sobrepeso, desde la perspectiva cualitativa y socio-cultural, podamos utilizar el entendimiento de las conductas alimentarias, los procesos de producción y reproducción simbólica como una especie de campo social, para a partir de ahí, ensayar construir formas propias de evidencia, y es cierto que esto tendría múltiples efectos positivos. Pero seguiríamos perdiéndonos una parte del problema. Por ejemplo resulta muy interesante el trabajo de Martín Criado y Moreno Pestaña (2005), donde a través de grupos de discusión identifica los grandes polos de estructuración de las posiciones/hábitos de familias andaluzas respecto a sus representaciones y prácticas en torno a lo sano en la alimentación de sus hogares (que incluye a sus hijos claro). Puedo estar totalmente de acuerdo con la necesidad de que la medicina profundice en su relación metodológica con las dimensiones experienciales y simbólicas de las personas. Pero no puedo dejar de pensar que a su modo, ya Nancy Scheper-Hughes (1999) nos enseñó las sombras y distorsiones posibles de determinadas culturas somáticas, en cuya conformación el efecto de ciertas tecnologías médicas juega precisamente un papel clave.

#### **EXPERIENCIAS, EMOCIONES E IDENTIDAD: NARRATIVAS Y EXPLICACIONES SOBRE EL SOBREPESO Y SUS EFECTOS**

A la hora de encarar la presentación del análisis sobre las narrativas relativas a la experiencia del sobrepeso, tenía claro que podía serme de utilidad como orientación conceptual, la noción elaborada por Arthur Kleinman (1980: 105) como modelos explicativos, y digo como orientación porque la idea era entenderla más como una línea de referencia que como un modelo a seguir de manera exhaustiva, en cuyo caso la decisión habría implicado algún tipo de negociación en términos de actualización de la relación entre los aspectos relacionados con lo que solemos distinguir como ámbitos illness y sickness. Por otra parte parecía que el sobrepeso exige quizá de otro modo de conceptualizarlo, puesto que por ejemplo no resulta sencillo distinguir fases.

#### **¿QUIEN SOY?**

Tal y como recordamos algunas líneas atrás, ya Goffman en su trabajo clásico, afirmaba en la constitución social del estigma, la inevitable

superposición del atributo indeseado sobre los demás, también como lógica para entender el modelado posterior de las identidades en subculturas desviadas. Y algo así sucede en las narrativas en torno al sobrepeso de este grupo de mujeres, de manera general vinculan sus reflexiones sobre los orígenes de su padecimiento a causalidades de tipo bio-psicológico, teniendo como horizonte común una idea bastante polimórfica y difusa de salud:

*“[...] a los 17-18 años, yo estaba gorda (se mide), hice una dieta, porque...yo quería estar supermona, ...Ahora la hago por cuestiones de salud” (M. J).*

*“[...] ya empecé a comer mucho a los 2 años... desde los 8 años he hecho régimen...ya me daba cuenta y me sentía mal... ahora por salud estoy aquí” (S.).*

*“[...] cuando era joven sí (...) me inflaban a comer, llegué a pesar 72 kilos yo no lo entiendo, cómo he podido llegar a pesar eso...me daba vergüenza...ahora tengo michelines...pero es una cuestión de salud” (M.).*

Todos los fragmentos de uno u otro modo, pese a hablar de episodios pasados, hacen referencia al proceso que las ha llevado a ser lo que son hoy. Si algo tienen en común todas las trayectorias y experiencias ligadas al sobrepeso que aquí se recogen, es que de una manera u otra parecen articular a través de discursos médicos, populares y experienciales, una idea inscrita en los cuerpos diagnosticados médica o socialmente, el sobrepeso implica algún tipo de verdad moral, existencial, sobre las personas que lo portan:

*“[...] ella dice: “es que yo no como y engordo...”, ahora no pero comiste...” (M.).*

*“[...] la gente miente, dicen que son felices porque son gordos, pero no me lo creo,... se sentirían mejor si fuesen delgados” (Ma).*

Dentro de esa especie de exégesis autobiográfica a la búsqueda de los signos, de las posibles causas, las causalidades que podríamos calificar como “sociales” tienen un peso mínimo, y no porque se ignore su existencia:

*"[...] la comida basura...industrial, la sociedad sí que tiene parte de responsabilidad... pero para salir, depende de uno" (P.).*

*"[...] los cánones de belleza que te impone la sociedad influyen bastante, pero al final... tienes que hacerte tú..." (N.).*

*"[...] la sociedad claro, pero al final... es cuestión de voluntad" (R.).*

A otra escala es como si una de las lógicas principales de los modos de explicación biomédica se replicara. Más que buscar una comprensión densa, compleja, lo que parece primar es la determinación de responsabilidades, como si a escala experiencial se recodificaran los discursos elaborados a escala pública, en lo que algunos críticos han calificado de "neoprudencialismo" o formas de responsabilización de las víctimas (Rose, 1999; Wacquant, 2010). Y en esa búsqueda algunas exégesis conducen en ocasiones a las raíces, a la misma infancia, pareciendo incluso remontarse en los que cabe no suponer una conciencia clara, pero si una elaboración familiar de la memoria, que evidentemente incluye a ésta en la disquisición moral sobre las responsabilidades, por más que resulte complejo emocionalmente:

*"[...] nací bastante grande... a los 5 años ya empezaba a comer demasiado... recuerdo que en el colegio, nadie quería jugar conmigo,... yo me lo pasaba siempre sola, me sentía mal. Yo desconfiaba mucho de todo el mundo, cuando me caía, o me hacía daño, en vez de decir: "mamá me he caído" Me acuerdo que le pedía comida para remediar el daño" (A.).*

Un aparte merece el caso de C. Se trataba de uno de los perfiles más jóvenes en cuanto a edad, era profesional socio-sanitaria, y por haber tenido experiencia en el campo de la ayuda para la cooperación con ONGS, había pasado temporadas relativamente largas en diversos lugares, entre ellos África subsahariana:

*"[...] tu cuerpo tiene que tener una determinada figura, yo tengo hipotiroidismo, obesidad tipo uno,... cuando llegaba a África me encontraba que en mi cultura no era para nada valorado...allí, cumplo todos los cánones de la estética perfecta (...)" (C.).*

*Aunque pese a todo, las "explicaciones" parecen remitir a idénticos ámbitos:*

*"[...] creo que tiene que ver mucho con los tipos de personalidad, si le hubiera pasado a otra persona con otro patrón de personalidad, otras prioridades,... hubiera afectado de una manera mucho más determinante" (C.).*

### **RIESGOS, SALUD, BIENESTAR**

En lo que se refiere a los procesos de inscripción de discursos y representaciones vinculados a análisis psico-médicos, estos aparecen con bastante claridad, de manera abrumadora la mayoría de estas mujeres afirmaba en las entrevistas que para ellas salud era algo así como "sentirse bien consigo mismas". Y a su vez claro está, como fiel reflejo de dichos discursos, muchas de ellas parecían tener claro que los peligros "reales" del sobrepeso tienen un origen indirecto, aparentemente distinto del sobrepeso en sí:

*"[...] el colesterol sí que es un problema..." (M.).*

*"[...] si por el colesterol, el riesgo de muchas cosas, pero no por la obesidad" (MA.).*

*"[...] para mi estar obesa es tener otras cosas, como tensión, puede pasarte algo" (MT.).*

O que estos peligros se modelan en términos de gradación respecto al peso, en consonancia con formas populares de "sentido común":

*"[...] ¡Pero una cosa es un poquito de sobrepeso, que no va mal! ¡Y la otra cosa es pasarse! ¡Porque yo me paso! Yo no tengo un poquito de sobrepeso...;se tiene que ser realistas! Tú no puedes ir por la vida engañándote Tú no puedes autoengañarte diciendo: Yo tengo unos kilos de más ¡No! ¡Tú tienes tres bandejas de kilos de más!" (Mi.).*

Si bien en algún caso la exégesis parece como no producir algunos matices, pero fuera de la lógica dominante:

*"[...] Y yo me acuerdo que decirle a personas que no había desayunado para conseguir más. Es a lo que te lleva la adicción, o sea, que ya te digo, buscar comida por donde sea y de la manera que sea, como la consigas, da igual" (J.).*



## ESTIGMA, MORAL DE SÍ Y PESO

Otro de los ejes de análisis que resulta fundamental es el que conecta la identidad construida en torno del sobrepeso, asumida, incorporada y subjetivada, no solo como asociada a situaciones negativas como la soledad o la segregación, sino también a una especie de sabiduría obtenida en el proceso vital:

*“[...] bueno, algunas veces me gustaría tener menos michelines alrededor, menos flotador pero es cuestión de eso, es cuestión de la edad, como también me gustaría también de pronto tener la mentalidad que tengo con diez años menos pero como eso no puede ser porque los años te van dando experiencia y vas aprendiendo a sobrellevarlos...” (Ma.)*

*“[...] Yo me he sentido mal, por mi físico, cuándo... la época que te digo... igual una año antes de adelgazarme, de hacer la dieta y adelgazarme tanto. Tuve una época bastante tonta... Bastante tonta de llegar a casa y llorar... “¿Por qué estoy gorda!?” (S.).*

*“[...] cuando era joven sí (ante la pregunta si se avergonzaba de su cuerpo) porque cuando era joven me inflaban a comer,...yo no lo entiendo cómo yo he podido llegar a pesar eso y era porque nos inflaban a comer...” (B.).*

O toda una serie de mecanismos cotidianos, planes a seguir, metas, conquistas y decepciones que transversalizan la vida, por supuesto articulados de un modo u otro con estados de ánimo y etapas vitales:

*“[...] tomé una vez (pastillas) cuando era más joven, me las compró mi madre, y después le dije que eran anfet... eran efectivas;... eran anfetaminas;... no estaba nunca cansada” (L.).*

*“[...] no, pero tengo amigas que han ido a establecimientos de estos de adelgazamiento, y ... han adelgazado, ...esas pastillas deben ser milagrosas... da miedo...luego vuelves a coger kilos” (A.).*

Y en este sentido tengo que señalar que resulta cuando menos singular, la similitud entre los mecanismos de autocontrol y objetivación continua (y sus efectos), que los dispositivos psico-médicos inscriben a través del diagnóstico del sobrepeso, con aquellos que de manera patológicamente “perfeccionista” desarrollan las personas con trastornos

alimentarios (Sánchez Hernández, 2005). En todo caso es llamativo como el cuerpo y el peso se entienden aquí como un espacio posible o problemático de constitución del yo, no solo presente sino también futuro:

*“[...] he sentido alegría de conseguir lo que quería, y...más seguridad en mí misma” (S.).*

*“[...] placer...alegría pero también decepción (...) había amigos que yo sentía que no estaban así conmigo como cuando estaba delgada” (E.).*

*“[...] culpa... “jolín me tiro un tiempo y luego en un día...lo tiro todo por la borda” (P.).*

*“[...] culpa porque no he sabido llevar una dieta para controlar el peso” (MJ.).*

*“[...] alegría, control ninguno...si engordo más entonces que el médico me ponga a dieta” (Ad.).*

*“[...] culpa...porque es culpa mía...de no controlarlo” (J.).*

## LA VIDA MISMA

Al final, la principal sensación que, bajo mi punto de vista, deja toda esta revisión de expresiones sobre la experiencia del sobrepeso, es que en la mayoría de casos el recorrido por experiencias biográficas está marcado con bastante jerarquía por una lucha con el propio cuerpo. Una lucha en la que el tono moral y emocional de cada episodio y también del conjunto, como presente continuo, se apoya en los éxitos o los fracasos corporales y emocionales:

*“[...] Ahora tengo muchos problemas, también molestias en todas partes, todos los sitios, estoy asqueada, cansada y aburrida...de todo” (Mat.).*

*“[...] yo no lo he compartido todo lo que he hecho, no lo sabe nadie. Pero sabes, no ha sido el sobrepeso lo peor que me ha pasado” (Al.).*

*“[...] sí, por ejemplo, claro, sí ha influido el tema del peso porque eso ha determinado que tenga que cambiar ciertas cosas, sí claro, porque no me agrada como soy, soy diferente del resto” (A.).*

*“[...] tallas grandes... lo que pasa es que últimamente las tallas grandes pues no me gustan. La forma que están hechas o son de... bueno, yo ya soy vieja pero no me considero vieja y me gustan, pues claro, las cosas... de otra*

*forma, pero bueno, me tengo que conformar con lo que encuentro ” (P.).*

Después de todo, los fragmentos por debajo de sus distintas respuestas y tonos emocionales ofrecen pautas comunes, pautas similares a las que los fundadores de la antropología psicológica basada en modelos comunicativos, aplicaron en su momento para entender el alcoholismo o la esquizofrenia, el mismo tipo de vínculos entre experiencia, emoción y marcos culturales, que el mítico trabajo de Rosaldo (2000: 23 ss.) apunta para entender una práctica cultural tan indescifrable para el punto de vista occidental, como la caza de cabezas entre los ilongotes filipinos desde su propia pérdida. Se me hace inevitable no pensar que más allá de lo que inquietan los intereses teóricos propios de una investigación, el relato biográfico “real” de estas mujeres, está plagado de un sinnúmero de pruebas, pequeñas victorias y fracasos, en torno a dietas, básculas, y épocas de mayor o menor rechazo social percibido y/o vivenciado. Pero todo ello discurre entiendo de un modo más amplio, pudiendo entenderse mejor quizá en base a estados emocionales más o menos recurrentes ligados a situaciones concretas, a prácticas y costumbres aprendidas y ritualizadas en o contra patrones alimentarios y de comensalidad familiares o microsociales. Por más que se quiera en definitiva, la lucha con el peso sería pues, una parte muy importante de la vida, pero solo una parte.

## CONCLUSIONES

### TRABAJAR CON NARRATIVAS

Para este último apartado, que debería tener una orientación conclusiva o de cierre, me he reservado alguna cuestión clave que, evidentemente no puedo resolver por mí mismo, y sobre la que si me gustaría ofrecer un par de ideas para debatir.

Primero, es muy importante el papel que pueden jugar las miradas socio-culturales para desnaturalizar la forma en que percibimos lo que se nos presenta enunciado sencillamente como un problema de salud pública, sin atender demasiado a otras implicaciones o puntos de vista posibles. Incluso también desde dichas orientaciones, también aceptamos con bastante facilidad determinadas enunciaciones teóricas que parecen ser de sentido común pero sobre las

cuales sería necesario algún matiz. Quiero decir, en el caso del sobrepeso y de las tecnologías o formas de subjetivación, estamos demasiado dispuestos a aceptar la idea de que una vez que penetran en la cotidianidad de los pacientes, las representaciones y prácticas de orientación clínica, pueden verse sencillamente como formas de colonización o disciplinamiento de las mentes y los cuerpos en pos de una utopía socio-médica en torno al cuerpo, la salud...etc. Pero en estas dinámicas pese a poder entenderse así, como parte de procesos de control social, también puede verse la emergencia de nuevas formas de subjetividad, que en determinadas coyunturas o contextos, enuncian nuevas maneras de abordar en este caso el problema de la experiencia del sobrepeso, desde digamos su propia “naturalidad” respecto a las etiquetas y limitaciones, aunque esto no quiera decir que necesariamente estemos hablando de formas de pensamiento/acción mayoritarias o singularmente representativas, al menos por el momento:

*“[...] sí he sentido alguna vez vergüenza por mi cuerpo ha sido en África, porque yo tengo amigas africanas que querían tener el mismo cuerpo que yo... yo decía,...no me lo puedo creer... no me cuadra, en España nadie envidia mi cuerpo” (C.).*

*“[...] si, yo creo que si ahora me lo proponen (adelgazar)... ahora estoy en paro... ¿sabes? y... y planteármelo yo creo que si viera que me adelgazaba creo que cambiaría. No te puedo decir 100% pero 80% a lo mejor sí” (Mi.).*

Segundo, la inclusión de narrativas, entendidas como datos sociales relevantes en el campo de las discusiones teóricas sobre problemas de salud, es sin duda positiva. Me parece muy cierta y productiva la idea de que desde el análisis de las narrativas pueden proponerse nuevas formas de evidenciar otro tipo de conocimientos, que sirvan para transformar las formas de intervención sobre los problemas sociales (Flores Martos; Mariano Juárez, 2016). Pero me parece también que este proceso presenta sus peligros, como puede ser el hecho de incurrir en cierta cosificación de las narrativas, en detrimento de las descripciones o contextos expuestos por el investigador. Un proceso además reforzado por las formas y estrategias comunicativas imperantes en la ciencia actual (congresos, revistas), que al promover la “entrada” de

lo cualitativo, a menudo preimponen un filtro por ejemplo respecto a la reflexión y la contextualización teórica, que aparece como un sobrante, ya que las narrativas deberían hablar por si solas.

Y el caso es que no es así, las narrativas nunca hablan solas, igual que no se produjeron solas. Es totalmente cierto, y en parte es algo decidido por mí, que a mi trabajo se le podría realizar esa crítica, adolece de apenas incluir información contextual y descriptiva sobre las biografías y contextos de las mujeres entrevistadas. Es posible que aportar determinados datos, como que sus edades oscilaban entre los 26 y los 50 años, estando la media en torno a los 40, o que sus niveles formativos generalizados oscilasen por partes iguales entre el nivel medio y el universitario, puedan añadir algo de solidez y representatividad a la elaboración en torno a las narrativas. También es cierto que ciertas informaciones, por ejemplo el éxito o el fracaso relativo en la lucha con su peso nos servirían para entender desde que estado se habla. Pero todo eso debería dejar algún margen a la creatividad teórica del investigador, ya que este también puede entender que sociologizar en exceso sus datos, en base a perfiles o capitales, puede servir para restar singularidad y estructuralidad a su interpretación, especialmente si de lo que se trata es de preguntarse por determinadas representaciones, modelos o tendencias que parecen atravesar las distintas formas de productividad diferenciadas por criterios de clase, nivel cultural e incluso género. A veces la heterogeneidad y homogeneidad se articulan de otras maneras, bajo otras lógicas menos percibibles pero igualmente reales en sus efectos. ■

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bateson, G. (1998). *Pasos para una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- Biehl, J. (2009). Symptom: Subjectivities, Social Ills, Technologies. *Annual Review of Anthropology*. No 38, pp. 267-278.
- Biehl, J. y Locke, P. (2010). Deleuze and the Anthropology of the Becoming. *Current Anthropology*. Vol. 51(3). pp. 317-351.
- Biehl, J. y otros. (2009). Introduction: Rethinking Subjectivity, en J. Biehl, B. Good y A. Kleinman (eds.), *Subjectivity Ethnographic Investigations*. Los Angeles, University of California Press, pp. 1-23.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Crítica social del gusto*. Taurus. Madrid.
- Campos, P. (2004). *The obesity Myth*. Nueva York, Gotham Books.
- Carvalho, M.C. y Martins A. (2004). A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*. Vol. 9 (4). pp. 1003-1012.
- Collier, S. J. y Lakoff, A. (2004). On Regimes of Living, en A. Ong y S. Collier (eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. New York, Blackwell, pp. 22-39.
- Comisión europea. 2007. *Libro Blanco. Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad*. Bruselas.
- Contreras, J. y Gracia, M. (2005). *Alimentación y cultura*. Barcelona: Planeta.
- Delvecchio-Good, M. J. (2007). The Medical Imaginary and the Biotechnical Embrace: Subjective Experiences of Clinical Scientists and Patients, en J. Biehl, B. Good y A. Kleinman (eds.), *Subjectivity Ethnographic Investigations*. Los Angeles, University of California Press, pp. 362-380.
- Flores Martos, J. A. y Mariano Juárez, L. (2016). Nuevas definiciones de evidencia en la Medicina contemporánea: aportes desde la Antropología. *Saude e Sociedade*. Vol. 25(1). pp. 43-56.
- Gracia, M. (2009). La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Revista de Nutrición*. Vol. 22 (1). pp 5-18.
- Gracia, M. (2014). Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios. *Política y Sociedad*. Vol. 51 (1). pp. 73-94.
- Goffman, E. (2001). *Estigma: la identidad social deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?*. Barcelona: Paidós.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Los Angeles: University of California Press.
- Martín Criado, E. y Moreno Pestaña, J. L. (2005). *Conflictos sobre lo sano: un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Navas López, J., Palacios Ramírez, J. y Muñoz Sánchez, P. (2014). La otra cara de la obesidad: reflexiones para una aproximación sociocultural. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 19(6). pp. 1721-1729.
- Nguyen, V K. (2005). Antiretroviral Globalism, Biopolitics, and Therapeutic Citizenship, en Ong A. y Collier, S. (eds.), *Global Assemblages: Governmentality, Technology, and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford: Blackwell. pp. 124-144.
- Ortiz, R. M<sup>a</sup>, Nava, G., Veras, M. (2010). El equipo interdisciplinario de salud en el tratamiento de la obesidad, en Veras, H. *Obesidad, un enfoque multidisciplinario*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. pp. 159-173
- Rosaldo, R. (2000). *Cultura y verdad. La reconstrucción del análisis social*. Quito: Abyayala
- Rose, N. (1998). *Inventing ourselves. Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N (1999). *Powers of Freedom. Reframing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sanchez Hernandez, M. J. (2005). Anorexia nerviosa y perfiles de riesgo. *Gaceta de Antropología*. Num. 21. Disponible en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G21\\_08MariaJesus\\_Sanchez\\_Hernandez.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G21_08MariaJesus_Sanchez_Hernandez.html). Consultado el 08/08/2016.
- Scheper-Hughes, N. (1999). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en el nordeste de Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Valverde, M. (1998). *Diseases of the Will. Alcohol and the Dilemmas of Freedom*. New York: Cambridge University Press.
- Wacquant, L. (2010). *Castigar a los pobres: el gobierno neoliberal de la inseguridad social*. Barcelona: Gedisa.
- Velásquez, V. V. y Alvarenga, J. C. L. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. Vol. 9(2). pp. 91-96.
- Wanderley, E. y Alves, V. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciênc. saúde coletiva*. Vol. 15 (1). pp. 185-194.
- World Health Organization. (2016). *Report on the Commission on ending childhood obesity*. Geneva: WHO.