

## Normalización del cuerpo femenino. Modelos y prácticas corporales de mujeres jóvenes del noroeste de México

### Female body normalization. Corporal models and practices of young women in northwestern Mexico

Marissa Eunyce Valenzuela Gutiérrez\*  <http://orcid.org/0000-0003-0200-4251>  
Juana María Meléndez Torres\*\*  <http://orcid.org/0000-0002-2011-3294>

#### Resumen

En este trabajo se analizaron los discursos normalizadores en torno al control del cuerpo femenino, y su apropiación en prácticas y modelos corporales de mujeres jóvenes de clases sociales distintas, en un contexto urbano del noroeste de México. Se utilizó una perspectiva socioantropológica de corte cualitativo, y se realizaron siete entrevistas grupales a mujeres de clase baja, media y alta. El discurso normalizador del cuerpo femenino alude tanto al cuidado de la salud y/o en contra de la obesidad, como a la estética. El cuerpo delgado, sano, en forma y bello se reconoce como el ideal; sin embargo, se valoran modelos corporales diferenciados por clase social. Las prácticas se identifican bajo el discurso de la salud pero con una motivación estética. Se requiere mayor acercamiento a la experiencia corporal de las mujeres, en una región donde la delgadez es la norma social pero no siempre es compartida, y donde las prácticas corporales son cada vez más invasivas.

**Palabras clave:** moda; identidad; estereotipo; imagen corporal; obesidad; consumismo; mujeres; Sonora.

#### Abstract

This paper analyzed the normalizing discourses regarding the control of the female body and its appropriation in corporal practices and models of young women from different social classes, in an urban context in northwestern Mexico. A qualitative socio-anthropological perspective was used and seven group interviews of women from lower, middle and upper classes were conducted. The normalizing discourse on the female body alludes both health care and/or against obesity and aesthetics. A slim, healthy, fit and beautiful body is recognized as the ideal one; however, corporal models differentiated by social class are valued. Practices are identified under the discourse on health, but with an esthetic motivation. A greater approaching to corporal experience of women, in a region where slimness is a social norm, although not always shared, and where corporal practices are increasingly invasive, is required.

**Keywords:** fashion; identity; stereotype; body image; obesity; consumerism; women; Sonora.

**Cómo citar:** Valenzuela Gutiérrez, M. E., y Meléndez, J. M. (2019). Normalización del cuerpo femenino. Modelos y prácticas corporales de mujeres jóvenes del noroeste de México. *región y sociedad*, 31, e1067. doi: 10.22198/rys2019/31/1067

\* Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C., Coordinación de Desarrollo Regional.  
Carretera a La Victoria, km 0.6, C. P. 83304. Hermosillo, Sonora, México.  
Correo electrónico: [mvalenzuela@estudiantes.ciad.mx](mailto:mvalenzuela@estudiantes.ciad.mx)

\*\* Autora para correspondencia. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C.,  
Departamento de Estudios Sociales del Sistema Alimentario. Carretera a La Victoria, km 0.6, C. P. 83304. Hermosillo, Sonora, México.  
Correo electrónico: [jmelendez@ciad.mx](mailto:jmelendez@ciad.mx)

Recibido: 17 de abril de 2018  
Aceptado: 11 de junio de 2018  
Liberado: 3 de abril de 2019



Esta obra está protegida bajo una Licencia  
Creative Commons Atribución-No Comercial  
4.0 Internacional.

## Introducción

En las sociedades del siglo XVII se hablaba de la trascendencia del alma, en contraste, hoy se habla de la del cuerpo. Esto se ha tornado en la fuente principal de preocupaciones y cuidados para las personas, y propiciado una relación narcisista y hedonista con el propio cuerpo y sustentado, a su vez, por los valores socioeconómicos difundidos por el sistema capitalista contemporáneo, que ve al cuerpo y lo trata más como un objeto de consumo (Bauman, 2003).

Baudrillard (2009); Featherstone (2007); Lipovetsky (1996) y Turner (2008) coinciden en que a finales del siglo XX las preocupaciones por el cuidado corporal y la apariencia física aumentaron en las sociedades occidentales, a causa del creciente mercado dedicado al consumo. Desde entonces el cuerpo se presenta como un *alter ego* imperfecto, el cual debe ser moldeado a partir de las demandas subjetivas. En la actualidad, el cuerpo joven, delgado y ejercitado representa el modelo ideal; este canon estético se ha difundido desde la década de 1970 provocando la homogenización de modas y, por supuesto, de criterios, demandas y prácticas corporales específicas (Bauman, 2003; Shilling, 2012; Turner, 2008). En este sentido, los medios masivos de comunicación (MMC) juegan un papel crucial, ya que a través de ellos se difunden mensajes sobre el ideal de belleza, la forma corporal, la alimentación, el control del peso, así como los roles de género de mujeres y hombres en relación con sus cuerpos (Reischer y Koo, 2004; Sarkar, 2014). De acuerdo con Appadurai (2001), el problema es que difunden modelos corporales y culturales que responden a los globalizados, lejanos a la realidad biológica y sociocultural de contextos localizados.

## La preeminencia y el control social del cuerpo en la actualidad

Es posible decir que el cuerpo es generador y portador de identidad. De acuerdo con Espeitx (2006), la construcción social del cuerpo se produce en dos sentidos: uno objetivo o físico, que lo moldea y define, y el de la imagen corporal que le da sentido y función a esta construcción. Asimismo, la autora menciona que esta creación actúa en tres dimensiones: a) la identidad —el nosotros con, frente y para los otros—; b) la autopercepción —el nosotros para nosotros— y c) el atractivo sexual, que funcionan socialmente, ya que en la imagen corporal influye cómo nos percibimos, cómo nos perciben los demás y cómo esa percepción influye en nosotros. Además, a través de esa imagen corporal los individuos transmiten o expresan creencias, valores, diferenciación, pertenencia, estatus, poder y, de alguna manera, se manifiesta el lugar que ocupan en la sociedad, sus roles y quiénes son.

La construcción social del cuerpo, de acuerdo con Turner (2008), emerge de la hipótesis que afirma que la relación entre el cuerpo y el contexto socio-cultural se da en ambos sentidos, y que la sociedad y la cultura influyen en la formación de sus individuos. Del cuerpo nacen y se propagan las significaciones

que constituyen la base de la existencia individual y colectiva. Por lo tanto, el cuerpo comprenderá, además de la dimensión biológica, la psíquica, social, histórica y cultural. Incluso, las prácticas relacionadas de forma directa con la dimensión física o material del cuerpo se realizan y se interpretan dentro del marco sociocultural, y están en interrelación constante con el medio natural y social (Le Breton, 2002).

Asimismo, la sociedad ejerce cierta influencia en la manera en que se moldea y construye simbólicamente al cuerpo, como portador de ideologías sociales, y se deja fuera de su comprensión al determinismo biológico/natural (Shilling, 2000). Se habla de un cuerpo social, el *cuerpo como sujeto*, en el que se distingue la manera en la que es categorizado y entendido como portador de signos, ideologías y marcadores sociales (Bourdieu, 2002; Douglas, 1979), y dominio o espacio sobre el que las estructuras sociales institucionalizadas ejercen poder (Foucault, 1997, 2004).

Para entender la ambivalencia del cuerpo como objeto de consumo, a la vez que objeto-sujeto del poder y control social, se tendría que partir de ciertos ejes rectores que conforman la modernidad. Con el reordenamiento del sistema económico y productivo mundial, que pasó de una economía de producción al sistema neoliberal de consumo, se originó un reacomodo paulatino de la sociedad en todas las esferas (Giddens, 1995). Primero, cuando se sustituyó el trabajo —como el articulador del individuo en la sociedad— por el consumo, las tecnologías de poder imponen el modelo del consumidor frente al de productor, el de espectador ante el de actor ciudadano. En ese contexto se originan dos aspectos centrales: la individualización, con la que el sujeto centra toda su atención hacia sí mismo, y el cuerpo como objeto de consumo (Bauman, 2003), donde la persuasión juega un papel muy importante (Baudrillard, 2009). En ambos procesos la objetivación del individuo se centra en el cuerpo.

En este panorama, el poder social sobre el cuerpo obedece a una función de satisfacción de deseos, a la lógica hedonista y mercantil en la que se sostiene el capitalismo tardío; a diferencia de la etapa anterior en la que el poder pasaba por el cuerpo, a través de la regulación política de un Estado (Foucault, 1997). En ese tenor surge el culto al cuerpo bello, sano, joven y por el que los dispositivos de control y disciplina corporal cambian en pos de la supremacía de una cultura del consumo, mecanismos principales de integración social (Bauman, 2003).

Desde finales del siglo XX y hasta hoy, los individuos se han convertido en receptores y consumidores de mensajes cada vez más complejos, evidentes mediante fuentes de información múltiples que los invitan a mantenerse saludables, delgados y *en forma*. Lo que da sentido a todos estos mensajes es el cuerpo, medio a través del cual se codifican y recrean formas de aceptación, significación y normalización, cuya base común es el ejercicio del poder sobre el cuerpo.

El poder ejerce una eficacia propia, crea ámbitos de saber (la verdad está ligada al poder) y de realidad pero, sobre todo, normaliza, disciplina y controla. Sin embargo, no hay que referirse al poder como si fuera uno y centralizado, ya que en cualquier sociedad existe una red de poderes distintos, con fuerza

desigual y con eficacia diferente. La función del poder es ejercer control sobre los individuos y los dispositivos desplegados funcionan de maneras estratégicas partiendo, en primera instancia, de un discurso regulador: “Los discursos son elementos tácticos en el campo de relaciones de fuerza [...] En toda sociedad la producción del discurso es a la vez controlada, seleccionada, organizada y redistribuida” (Foucault, 2004, p. 14). Es así que el discurso es instrumento y efecto del poder en el que se articula con el saber.

La importancia del cuerpo y su cuidado está presente en todos los sectores sociales, a pesar de sus diferencias, principalmente en el contexto urbano aunque no se manifiesten del mismo modo. Los discursos normalizadores del cuerpo y las prácticas corporales regulatorias desplegadas son una forma de observar esas diferencias y desigualdades en torno al cuerpo; no sólo por la exigencia mayor hacia el de la mujer respecto al del hombre, sino entre las culturas y clases sociales.

En relación con el cuidado y control del cuerpo en la actualidad, el pensamiento social le ha dado supremacía a la delgadez como canon de belleza, auspiciado por el saber biomédico que refuerza dicha construcción, a través de varios dispositivos de control y normatividad. Vigarello (2005) señala que esta idealización de los cuerpos delgados se agudizó a partir de que se estigmatizó a los cuerpos robustos, sobre todo en las últimas tres décadas, con la emergencia de la obesidad a escala mundial (Company y Rubio, 2013). En esta realidad se complejiza la concepción del cuerpo, al manejar un discurso ambivalente: al tiempo que se advierte sobre los peligros de la obesidad y del riesgo e incremento de las patologías asociadas con los trastornos alimentarios, como la anorexia y la bulimia, se exalta el cuerpo delgado y el deber de cuidarlo (Gracia, 2010). Esto deriva en una paradoja: en la actualidad, mientras que la delgadez es la norma que delimita el ideal estético del momento, los índices elevados de exceso de peso se presentan como nunca antes en todo el mundo (Ng et al., 2013).

## Escenario de estudio: noroeste de México

Sonora es una entidad ubicada en el noroeste de México, y cuenta con 2 874 391 habitantes, con una media de edad de 27 años. Del total de la población, 50.5% corresponde a mujeres de todas las edades y 8.2% a las de entre 20 y 24 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015). En otras estadísticas, Sonora ocupa el segundo lugar en la prevalencia de exceso de peso en adultos (70%), al superar la media nacional (60%), que es mayor en las mujeres (75.6) que en los hombres (69.4); así como la obesidad (38.6 versus 27.7) (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2013, 2016). Ante este panorama, se puede decir que la obesidad es resultado, o aparece como parte, de la modernidad ligada a los cambios económicos, políticos y alimentarios ocurridos a partir de la década de 1980 en la mayoría de los países de libre mercado, incluido México (Meléndez y Aboites, 2015). En ese periodo, la población mexicana, en

especial la de la región norte, experimentó un aumento sin precedente en las prevalencias de sobrepeso y obesidad (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2009).

Entre los sonorenses la importancia de la imagen corporal es alta, y la mujer demanda un cuerpo estético. Por esto, y en términos de salud, se encontró que en las mujeres de grupos diferentes de población existe miedo a engordar, insatisfacción corporal, ansiedad y algunas prácticas de riesgo en cuestión alimentaria y de consumo de productos para adelgazar, así como un incremento de cirugías estéticas, para moldear y controlar el cuerpo (Arreguín, 2015; Coutiño, 2014; Meléndez, Moreno, Cañez y Núñez, 2018; Valenzuela y Meléndez, 2018). Sin embargo, no está documentado cuáles son los discursos sobre el cuidado del cuerpo en la región, y cómo los internalizan las mujeres, en un contexto donde el exceso de peso y la demanda por un cuerpo estético y delgado es la norma.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue analizar los discursos normalizadores en torno al control del cuerpo femenino y su apropiación en prácticas y modelos corporales, de las jóvenes, de clases sociales distintas, en un contexto urbano del noroeste de México. El planteamiento aquí es que a partir de la paradoja social que surge entre la demanda del cuerpo delgado, como ideal corporal femenino, y los altos índices de obesidad en el mundo y la región, sobre todo en las mujeres, el poder institucional y social despliega de forma más evidente la normalización y regulación del cuerpo tomándolo como objeto imperfecto que necesita ser transformado, a través de prácticas corporales diversas.

## Estrategia metodológica

Desde una perspectiva socioantropológica de corte cualitativo, esta investigación se centró en el análisis de los discursos normalizadores y prácticas para el control del cuerpo femenino, como formas visibles del ejercicio del poder sobre él en la actualidad. Se partió de los aportes de Foucault, donde el poder o red de poderes funciona mediante dispositivos de control, como el discurso, medio por el cual el poder se desplaza y propaga en la sociedad, para establecer una disciplina (Foucault, 1997, 2004). En este trabajo, las formas de control del cuerpo o disciplinarias se vieron a través de las prácticas corporales, desde su primera etapa de comprensión: la dimensión reguladora (Foucault, 1997, 2004), que incluye todas las formas de regulación que provienen de los discursos normalizadores del cuerpo, y que las mujeres interpretan, traducen y se las apropian, de acuerdo con sus esquemas sociales, culturales y de percepción.

Hablar de las prácticas corporales<sup>1</sup> engloba una dimensión sobre la que se constituyen esquemas de pensamiento, matrices culturales, marcos de referencia sobre lo corporal. En ellas se reconoce un aspecto regulador, que se ejerce

<sup>1</sup> "Serie de acciones que materializan o encarnan a los sujetos [...] son sistemas dinámicos y complejos de agentes, de acciones, representaciones del mundo y de creencias que tienen esos agentes, quienes actúan coordinadamente e interactúan con los objetos y con otros agentes que constituyen el mundo [...] son históricas, forman parte del medio en que se producen" (Muñiz, 2014, p. 27).

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de las participantes por grupo y clase social

CLASE	GRUPO (# PARTICIPANTES)	RANGO DE EDADES	PARTICIPANTES			PADRES			MADRES			SECTOR DONDE VIVEN
			OCUPACIÓN ACTUAL	NIVEL EDUCATIVO	OCUPACION ACTUAL	NIVEL EDUCATIVO	OCUPACIÓN ACTUAL	NIVEL EDUCATIVO	OCUPACIÓN ACTUAL	NIVEL EDUCATIVO		
BAJA	CB-G1 (2)	20-22 años	Obreras de maquiladora	Básica	Empleados	Primaria-secundaria	Amas de casa	Primaria	Zonas populares y periféricas			
	CB-G2 (10)	18-24 años	Estudiantes	Básica-técnica	Empleados / oficios	Básica-técnica o licenciatura trunca	Amas de casa / empleadas domésticas	Primaria-secundaria				
MEDIA	CM-G1 (5)	20-24 años	Estudiantes	Licenciatura	Empleados	Técnica	Amas de casa	Primaria secundaria preparatoria	Zonas residenciales y/o céntricas			
	CM-G2 (4)	24-27 años	Estudiantes	Licenciatura-posgrado	Empleados / sector público	Profesional	Empleadas / amas de casa / negocio propio	Preparatoria-licenciatura trunca				
	CM-G3 (5)	22-25 años	Estudiantes	Licenciatura	Empleados	Preparatoria / técnica o trunca	Amas de casa / ventas	Básica-licenciatura trunca				
ALTA	CA-G1 (7)	22-24 años	Estudiantes	Licenciatura	Empresarios / cuenta propia	Profesional	Cuidado de la familia <sup>a</sup>	Profesional	Residenciales de alta plusvalía			
	CA-G1 (2)	23-24 años	Empresas familiares	Licenciatura	Empresarios / cuenta propia	Profesional	Cuidado de la familia	Profesional				

<sup>a</sup> Desde la comprensión de las informantes de clase alta, una madre ama de casa y una dedicada al cuidado de la familia son categorías distintas. La labor de las madres de clase alta en el hogar no implica trabajo doméstico que realicen personalmente; su labor se limita a la administración de los recursos del hogar, gestionar y dirigir actividades y tareas que las empleadas domésticas deben realizar, así como la atención y cuidado que la madre tiene para sí misma, el esposo y los hijos. Fuente: elaboración propia, con datos de las participantes en el estudio.

sobre la sociedad, y otro disciplinario, que actúa sobre los cuerpos (sujetos) individuales (Muñiz, 2014, p. 28), que siempre van orientados por la impronta social de la que el individuo forma parte (Esteban, 2004).

En este sentido, se consideró la clase social para observar las diferencias en el cuerpo a partir de las desigualdades sociales, sin que éstas solo se vean desde las posibilidades que ofrece un estrato socioeconómico, sino como clases sociales en las que se conjugan otro tipo de capitales (Bourdieu, 2002). Se partió de una clase social, que se determina por la estructura de las relaciones entre todas las propiedades pertinentes, para hablar de diferencias significativas, que confieren valor a los efectos que ejerce sobre las prácticas y los significados que las mujeres, en tanto sujetos agenciados le otorgan al cuerpo.

La entrevista grupal se utilizó como técnica de investigación primaria, herramienta que permite la construcción y reconstrucción del discurso colectivo, para indagar en los significados y comportamientos individuales (Ruiz, 2012). Se tomó al *grupo* como unidad de análisis, dada la diversidad de elementos que intervienen en la construcción sociocultural y la regulación institucional del cuerpo, así como la de significados, prácticas y modelos que éste adquiere, genera o negocia, según el contexto social de cada mujer.

En cuanto a la selección de la muestra —la conformación de los grupos y sus informantes—, se eligió el procedimiento del muestreo teórico, mediante la técnica bola de nieve. Se cuidó la representatividad, la diversidad y la capacidad de las participantes, para otorgar información enriquecedora. Se seleccionaron mujeres de entre 20 y 29 años, solteras y sin hijos, de clase baja, media y alta, de grupos diversos (estudiantes, empleadas, sin ocupación) y de estilos o formas corporales diferentes. Se trabajó con las que otorgaron su consentimiento de cooperación, después de presentarles el objetivo de la investigación (Álvarez-Gayou, 2003).

El criterio para completar la muestra fue el punto de saturación teórica, con el que se organizaron siete grupos de sonorenses, con residencia en Hermosillo, conformados de acuerdo con la clase social (dos de baja, tres de media y dos de alta), considerada según la escolaridad, la institución educativa de procedencia, el grado de estudios, la ocupación de los padres y el sector urbano en el que viven (ver Tabla 1). Las entrevistas se realizaron en marzo y julio de 2014, y en mayo de 2016.

La información recabada se transcribió y se categorizó en una matriz de análisis de acuerdo con cuatro dimensiones centrales: a) la influencia del contexto y el estilo de vida actual en el cuerpo; b) los modelos corporales hegemónico y regionales; c) los discursos normalizadores del cuerpo y d) las prácticas corporales regulatorias.

## Contexto urbano, estilo de vida y repercusión en el cuerpo

El estilo de vida de una sociedad está ligado a las características particulares de una región en un espacio y tiempo determinados, por tanto, incluye las activi-

dades y los comportamientos cotidianos de sus habitantes como es el trabajo, el ocio y el esparcimiento, la socialización, la dieta y la actividad física, entre otros (Farhud, 2015). En relación con el contexto de Hermosillo, las participantes subrayaron y profundizaron en las particularidades de la *cultura alimentaria* y las *condiciones urbanas y climáticas de la ciudad*, como elementos que pueden influir en el cuerpo. Desde la percepción de ellas, la cultura alimentaria regional tiene una amplia oferta culinaria caracterizada por porciones bastas, altamente calóricas (contenido elevado de carbohidratos y proteínas y bajo de vegetales frescos); consideran que es una cultura alimentaria de “comida que engorda”:

Yo creo que en Sonora no sabemos comer, no aprendimos a balancear porciones y proporciones, a comer más verduras y menos carne. Aquí todo es carne y harinas a cualquier hora. No nos enseñan a balancear y de verdad nutrirnos; no comer, sino nutrirnos (CA-G1).

Todos los grupos reconocieron que las condiciones regionales promueven lo que algunos autores denominan como *ambiente obesogénico* (López y Rodríguez, 2008). Es decir, identificaron a la obesidad como un problema social ligado al estilo de vida del contexto sonorenses:

Aquí subo rápido de peso porque la comida es más engordadora que en otras partes donde hay más cosas que comer, pero la diferencia es que aquí comemos mucho. Aquí, entre el ritmo de vida y que no puedes salir por el sol, no hago mucha actividad física (CM-G3).

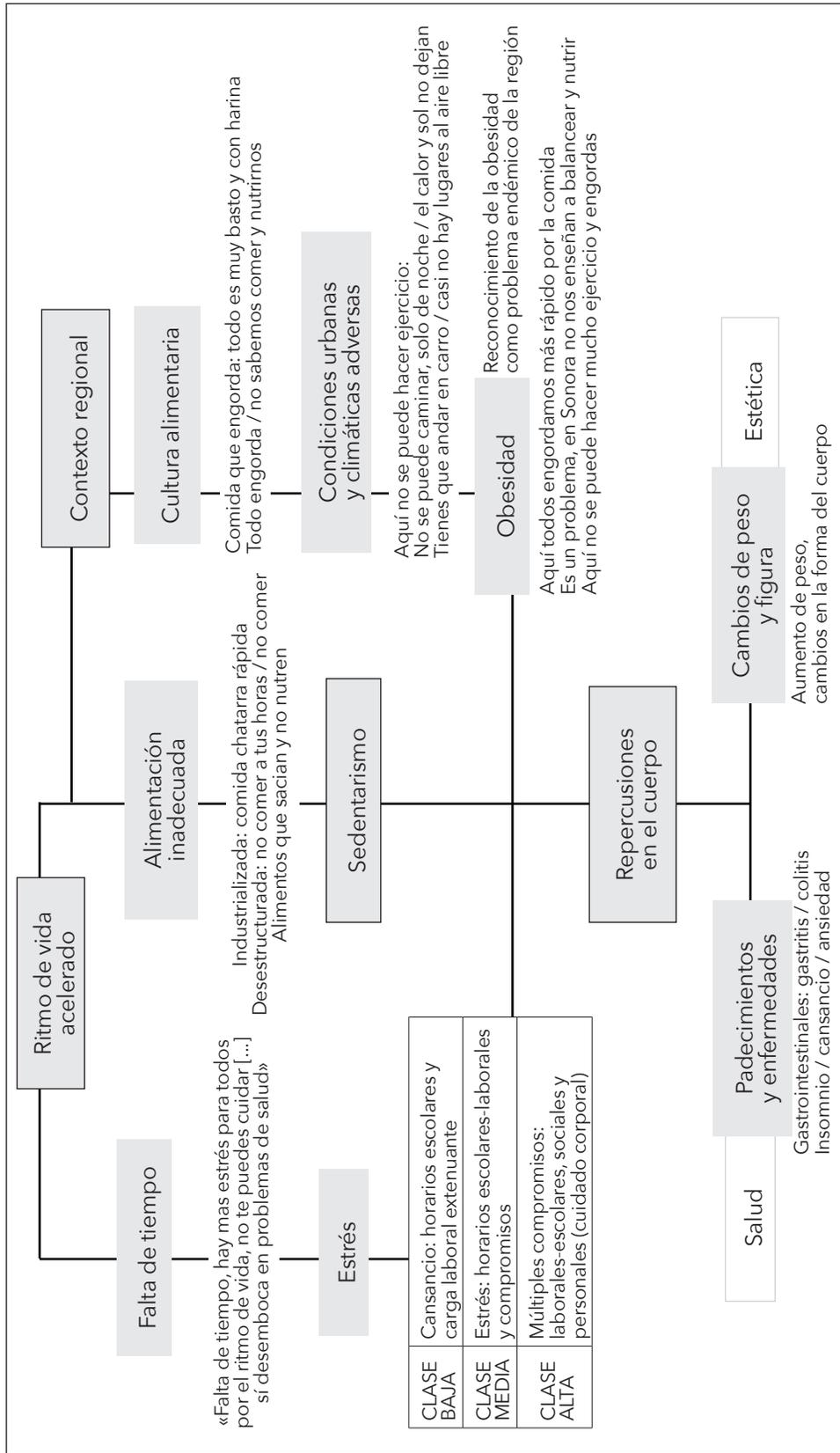
En este sentido, las condiciones climáticas y urbanas de la ciudad generan y propician el sedentarismo. El clima extremo, el trazo urbano y el servicio deficiente del transporte público favorecen que el uso del automóvil sea cada vez mayor, incluso para distancias cortas. Por último, la falta de espacios recreativos públicos con áreas verdes, que palien la radiación solar, son las características principales de la ciudad y, a su vez, las razones que las participantes señalaron como causas que fomentan más el sedentarismo en la región:

Está la falta de tiempo, andas muy acelerado, pero también es el no tener la facilidad de moverte y no es como que me puedo venir caminado o en bicicleta, está muy lejos y hace calor (CB-G2).

El sedentarismo atribuido a que no tienen tiempo y a las condiciones urbanas fue un factor común para las jóvenes de clase baja y media, pero para las de alta fue diferente; ya que, si bien la falta de tiempo y la vida acelerada les genera poco descanso y estrés, no se debe solo a sus compromisos laborales/escolares, sino que su agenda diaria siempre está saturada de eventos que no pueden eludir, como los sociales o el cuidado del cuerpo, ya que para estas jóvenes llevar una alimentación “saludable” y realizar actividad física es, en la mayoría de los casos, una constante y un deber.

Yo también me despierto muy temprano [...] tengo muchas otras actividades. Por ejemplo, los jueves tengo partido en la noche y termino a las nueve

Figura 1. Identificación de los elementos que repercuten en el cuerpo, relacionados con el estilo de vida moderno y el contexto regional



Fuente: elaboración propia, basada en la información derivada de las entrevistas grupales.

y media, me duermo hasta las once u once y media [...] son actividades que son en la noche. A eso agrégale tus actividades habituales, que si trabajas o estudias y sales tarde y tienes reunión pues ya es de noche, los cumpleaños son en la noche, esos compromisos que salen y que la verdad no les decimos que no. O sea, yo al café me quedo hasta que se acabe y no me gusta así que “no pues ya me dio sueño ya me voy”[...] pero yo sí me quedo y pues ya te desvelas y ya pienso en que no me voy a levantar tan temprano y eso ya me va afectar (CA-G1).

Como se ve, el estilo de vida en la ciudad, aunado a ciertas condiciones del entorno, repercute en las jóvenes de forma distinta de acuerdo con la clase social, el ritmo de vida y las formas de entender aspectos como “la falta de tiempo” o “el estrés” y, por tanto, las consecuencias en el cuidado corporal (ver Figura 1).

## Modelos corporales femeninos: el hegemónico y los reconocidos en la región

En las sociedades occidentales actuales, el modelo de belleza dominante es homogéneo y alude a un cuerpo delgado, sano, ejercitado y estético. Sin embargo, la conformidad y grado de identificación que se tiene sobre el cuerpo hegemónico están vinculados con la clase social de pertenencia, y de eso se derivan las expectativas y demandas con el propio cuerpo (Bourdieu, 1986).

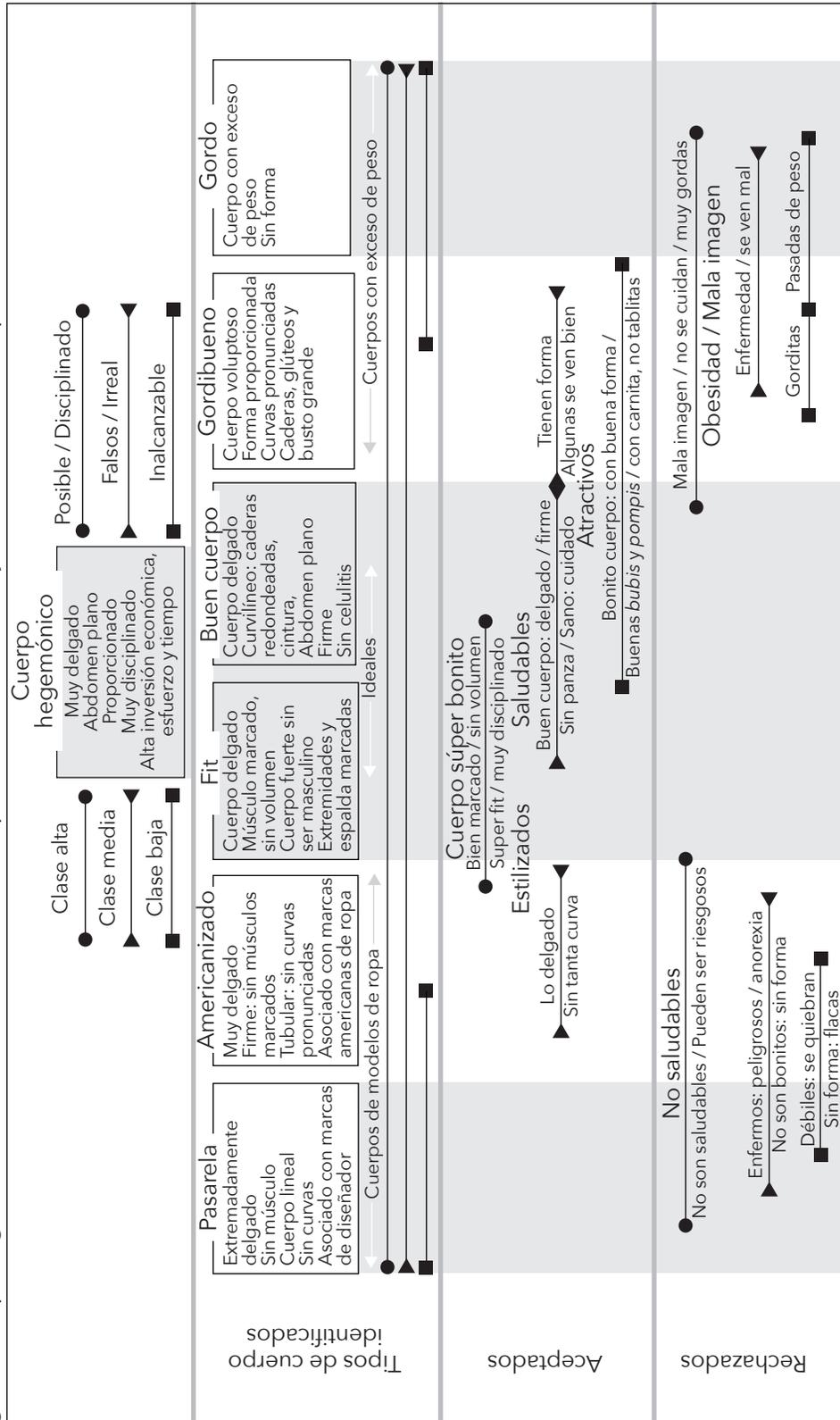
Como construcción social, el cuerpo se puede significar, interpretar, valorar y percibir en un sinfín de formas y apariencias que pueden hablar sobre una cultura, un tiempo determinado y un tipo de sociedad. En este sentido se identificaron seis modelos corporales en la región, de acuerdo con lo referido por las participantes, algunos valorados y otros rechazados (ver Figura 2).

En la medida en que es más alta la clase social, las mujeres se identificaban mayormente con el modelo corporal dominante. Las jóvenes de clase alta, si bien reconocieron que los modelos difundidos pueden ser un tanto falsos o que demandan mucho control y disciplina, sí correspondieron a cuerpos posibles con cuyo modelo se identificaron.

Lo anterior se puede explicar por el hecho de que, mientras para las clases bajas y medias el cuerpo va de una función instrumental a una higienista (salud), para las altas es un fin en sí mismo, y se utiliza —casi exclusivamente— como objeto de presentación pública (Bourdieu, 1986). Por lo que es comprensible que ellas tengan tan interiorizado y aceptado el ideal corporal dominante, y que lo conciban como algo posible de alcanzar.

En relación con el *habitus* corporal, es posible pensar, por ejemplo, en las categorías de gordura/delgadez, y en cómo éstas quizá adquieran sentidos diferentes según el contexto social en que se presenten. A la vez, la relación delgadez-belleza/gordura-fealdad, instalada en la sociedad, da cuenta de, y son necesarias para un orden social determinado (Lupton, 2013). Dicho orden se observa en la afinidad de los grupos a determinados modelos corporales en detrimento de otros, dados los significados atribuidos a las “curvas” pronunciadas, muy valoradas por las jóvenes de clase baja y media, pero no así por las de alta.

Figura 2. Tipología de los diversos modelos corporales femeninos y sus valoraciones por clase social en Sonora



Fuente: elaboración propia, basada en la información derivada de las entrevistas grupales.

Según Ortiz (2013), la normativa de belleza en las sociedades latinoamericanas todavía le pertenece a los grupos blancos urbanos y de clases medias y altas. Desde el periodo colonial, éstos han monopolizado el poder político y económico y logrado instaurar su modelo corporal ideal a través de los años. Es comprensible que en las jóvenes de clase alta, al ser parte del grupo empoderado, el cuerpo se construya en función de la moda, altamente cambiante. En la actualidad buscan la delgadez (*fit*),<sup>2</sup> mientras que en las clases medias y bajas hay una diversidad de cuerpos posibles, desde la idealización del delgado y firme, hasta la valoración por los curvilíneos y con formas.

## Los discursos normalizadores del cuerpo

Los discursos normalizadores del cuerpo en la sociedad se distribuyen y articulan mediante agentes empoderados económicamente e institucionalizados, en mayor o menor medida. En la actualidad, estos discursos se construyen y entretienen en torno a dos vertientes principales: la salud y la estética (Comelles y Gracia, 2007). El poder mediático articula, difunde y amplifica el discurso del cuidado de la salud, a través del poder biomédico, y el discurso de la estética lo hace por medio del poder de la moda (Bryant y Oliver, 2009).

## El discurso de la salud: el poder biomédico

Desde el poder institucionalizado de la biomedicina, al cuerpo se le ve como un objeto del saber-poder subordinado al régimen de verdad, que supone el discurso biomédico hegemónico, a través de la evidencia científica. Éste busca controlar y normar la vida de los individuos, al disponer de planes y programas para regular su cumplimiento, a través del proceso de medicalización de la sociedad.<sup>3</sup> Su legitimidad práctica se fundamenta en la corrección/rehabilitación de anomalías estandarizadas desde la recomendación de algunas prácticas de intervención (Foucault, 2001). Parte de una visión puramente funcionalista del cuerpo, ajustada a la necesidad social de manipular el de los demás, guiarlo y actuar en consecuencia (Boltansky, 1971). Hoy la meta del discurso biomédico es establecer a la obesidad como la pandemia del siglo XXI. Se ha tendido a tomar sin reservas varios sistemas de creencias y discursos que dan sentido a los cuerpos gordos, como estigmatizados, rechazados, sustentados por los medios de comunicación, el sistema educativo y la población en general, incluidas las personas *gordas* (Company y Rubio, 2013; Lupton, 2013). De tal suerte que, se-

<sup>2</sup> El término *fit* tiene su origen en la palabra en inglés *fitness*, que denomina un tipo de cuerpo delgado y ejercitado.

<sup>3</sup> Definición conceptualizada a partir de los ejes centrales de los análisis de Foucault del estudio de la medicalización. Él analiza al saber médico como un discurso de poder, que al operar en dispositivos distintos, forma parte del núcleo central de las estrategias tendientes a la normalización de los cuerpos individuales y sociales. Además, inscribe a la medicina como participante en un fenómeno histórico más amplio, que es el proceso de medicalización de la sociedad (Foucault, 2001).

gún este argumento surge la necesidad de ajustar a los individuos a un estándar corporal que se sujete a la *norma* —la delgadez—, con el discurso de la salud, permeado por la valoración intrínseca de la estética, de la belleza.

El poder biomédico es el agente desde el cual el cuerpo es subordinado al discurso médico-nutricional hegemónico del cuidado de la salud. Esto por medio del despliegue de planes y programas que regularán su cumplimiento, mediante la intervención desde la propia definición, la práctica y la normatividad médica. En relación con la regulación del cuerpo en México, como en la mayoría de las sociedades globalizadas, la forma más evidente de normalización, desde las instituciones gubernamentales y de la salud, se ha originado a partir del aumento de la obesidad en el mundo y de la urgencia de controlar y regular ese cuerpo (Rivera-Dommarco, 2015).<sup>4</sup>

Las jóvenes, al estar inmersas en un contexto social donde la obesidad es una realidad evidente, casi una problemática endémica, su interpretación del discurso biomédico de la salud se encuentra en los esfuerzos que las instituciones y la sociedad realizan para combatir y/o prevenir la prevalencia de obesidad, no solo en la región sino en el país.

Por parte de las instituciones de salud entiendo que hay una presión para tratar de mantener sanas a las personas, porque la obesidad es un problema muy actual y está muy fuerte sobre todo aquí donde vivimos [...] ahorita somos el estado con más obesidad de México y en los niños está todavía más grave. Está bien que el gobierno lleve a cabo cosas para combatirla (CA-G1).

Desde el conocimiento científico biomédico, el dispositivo de control se basa en la vigilancia del peso, el tamaño y la forma del cuerpo, para con ello legitimar el establecimiento de una gama amplia de políticas y medidas justificadas con el discurso del cuidado de la salud. La percepción que tuvieron las jóvenes fue que la disposición de información, planes y programas de promoción para la salud son “buenos intentos”, pero aún “insuficientes”, ya que no todos los pueden seguir:

A mí se me hace que ha mejorado [los programas de educación en salud] porque sí tenemos más información y más acceso. Yo creo que por lo menos la mayoría sabemos qué es bueno, qué es malo en cuanto alimentación y salud. La información está, el chiste es que “no lo eligen”. Ahí también tiene que ver no solo lo económico (CM-G1).

Los *agentes reguladores* identificados por las jóvenes fueron las instituciones gubernamentales y privadas y los diversos profesionales de salud involucrados, como médicos y nutriólogos:

Yo sí creo que ahorita hay planes como el Prevenimss o ese de “Muévete”, que son para combatir la obesidad. También que en las escuelas ya prohibieron que vendan chatarra y venden *snacks* más saludables. Yo creo que está

<sup>4</sup> Como antes lo fue controlar la desnutrición en México a través del cambio de la alimentación de base indígena por una dieta más occidental, con ayuda de la ciencia de la nutrición (Pío Martínez, 2013).

bien que lleven clases de zumba a parquecitos y escuelas públicas, donde la gente tiene más acceso. Ahora con ciertos problemas de salud te pueden encarrilar con un nutriólogo y esa persona te puede ayudar en cosas que tú no sabes (CM-G2).

Esta joven hizo referencia a todas las prácticas corporales promocionadas desde el discurso de la salud, en pos de prevenir enfermedades crónico-degenerativas, derivadas principalmente de la condición de obesidad. En la actualidad, estos planes, programas y agentes de intervención en México se resumen en las acciones establecidas por la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y Diabetes, que incluye la promoción de estilos de vida saludable: campañas amplias de educación, monitoreo permanente de las enfermedades no transmisibles, así como la implementación de acciones preventivas, entre las que se encuentran la atención médica oportuna para la identificación de personas con factores de riesgo. También, la aprobación de una regulación sanitaria y política en favor de la salud, que consistió en gravar con impuestos las bebidas azucaradas y los alimentos no básicos, de alta densidad calórica (Secretaría de Salud, 2013).

De tal suerte que se puede confundir o mezclar el discurso de la salud con el de la estética, sobre todo cuando se tergiversa el problema de obesidad que se vive en el país, con la valoración que hoy representa el cuerpo delgado:

Lo que podemos notar es que ya nos asustó que somos los más gordos, se empezó a poner información en camiones y todas partes. Pero ya en particular, yo veo que en Facebook empiezas a ver que la gente comparte páginas y las sigues o artículos de internet y los lees sobre cómo cuidar tu salud, bajar de peso, verte y sentirte bien (CM-G3).

Yo si he notado que hay más campañas para apoyar la salud de las personas. Hablando de medios y en cuanto a los ideales de las mujeres [...] yo he visto que hay muchos videos de que una cosa es ser flaca y delgada y otra cosa es estar [...] Ehm, ¿cómo es? pues como el músculo, saludable pues, fuerte [...] verte bien pero saludable (CA-G2).

En todos los grupos, las participantes identificaron que el cuidado de la salud es el principal motor del discurso biomédico en contra de la obesidad. Aunque no se fomenta la vigilancia del peso como un dispositivo de control corporal, sino que se establece la idea de que está vinculado con la salud, cuando existe mucha evidencia de que no necesariamente es así. Lupton (2013) señala que la literatura sobre epidemiología ha sido incapaz de demostrar que una disminución de peso mejora el estado de salud de las personas obesas, sobre todo porque considera que la gordura es más un síntoma que una enfermedad. Asimismo, la creciente evidencia científica sugiere que el peso corporal debe ser extremadamente alto para aumentar el riesgo de morbilidad (Tomiyama, Nguyen-Cuu y Wells, 2016). Aunado a que el discurso actual promueve que la salud es un asunto individual, con consecuencias para el individuo, sin ninguna corresponsabilidad. Entonces, los efectos derivan en otros problemas del bienestar de las mujeres, que valdría la pena ponderar.

## El discurso de la estética: el poder de la moda

El discurso de la estética se ejerce principalmente a través del poder de la moda,<sup>5</sup> centrado en el cuidado estético (como *valor de cambio*), por medio de modelos y tendencias corporales que exaltan el valor de la delgadez y la apariencia estética.

La normalización del cuerpo, a partir del discurso estético, va desde lo que se valora en el cuerpo hasta los dispositivos de regulación que lo determinan. Al cuestionar acerca de cuál es el cuerpo valorado en la actualidad, los comentarios aluden a lo que las participantes observan en los MMC:

[...] la imagen que se da es una mujer delgada, con buen cuerpo, estilizada, muy bien arreglada, con buena ropa, maquillada y así.

En este sentido, los MMC son los responsables principales de difundir cómo debe ser, qué debe cumplir un cuerpo estético y qué es lo que se desea y valora socialmente en un momento determinado. Hoy la moda hace suyo el discurso de “lo saludable”, como una herramienta más para convencer de la delgadez del cuerpo como sinónimo de salud y de belleza, y con ello motivar al consumo para su cuidado. A pesar de que se reconoce que los MMC suelen ser engañosos, que los modelos corporales que difunden no son del todo reales y el riesgo que implica internalizarlos, es todavía muy fuerte la influencia y el alcance que tienen en la población joven, en este caso en las mujeres.

Al demandar un estilo de cuerpo también se establecen dispositivos de control, ya que las representaciones de belleza e identidad ideal encarnadas se presentan como fruto del consumo del producto anunciado, como el ideal por alcanzar y por el que hay que consumir. Es el caso de la industria de la moda del vestido, funciona como dispositivo de control corporal por medio de los modelos que difunden y las tendencias y estilos de vestir, los cuales privilegian el cuerpo delgado y estético.

En la actualidad, los modelos de moda no son meras perchas sino cuerpos emblemáticos de la deseabilidad, contruidos cuidadosamente a través de años de evolución y sofisticación de sus arquetipos (Soley, 2012). Mediante un trabajo intenso y exigente, los modelos representan estilos corporales prediseñados, que conllevan mucho más que una apariencia estética; representan un valor y deseo para la población. Sus formas, dimensiones y estructuras corporales determinan además, los estilos y tallas de ropa que se ofertan en el momento. De ahí que las participantes identificaron dos de los modelos corporales regionales ligados a esta industria (ver Figura 2).

Esta es una forma de regulación corporal, un dispositivo de control, que provoca cierta angustia en las mujeres. Primero, porque las tendencias de vestir de

<sup>5</sup> De acuerdo con Godart (2012), la moda es un concepto ambiguo que se puede entender en dos planos articulados y superpuestos: a) el de la industria de la indumentaria, del lujo y la de los cosméticos, integrada por múltiples actores, empresas y profesionales que desarrollan estrategias diversas, y se apoyan en la difusión de determinados modelos corporales y b) el de un cambio social regular y no acumulativo, que atraviesa diversos aspectos de la vida de los sujetos orientando sus gustos, preferencias y elecciones de consumo.

la moda privilegian el diseño y confección de estilos de ropa inadecuados para la mayoría de ellas; segundo, porque además consideran que están diseñados para cuerpos que muy pocas pueden tener o que consideran irreales o imposibles (ver Figura 2).

Te venden un tipo de cuerpo perfecto [...] yo pienso que ninguna persona nace con ese tipo de cuerpo, es algo que están elaborando. Muchas veces ese cuerpo ni siquiera lo tienen las personas que te venden las revistas porque existen diferentes formas de mejorar ese cuerpo [...] el Photoshop y todo ese tipo de cosas. Sí te trae muchos problemas que si no lo puedes lograr también surgen enfermedades tanto psicológicas, mentales, alimenticias (CM-G3).

Como señala Soley (2012), esto no es lejano a la realidad porque, incluso para las modelos profesionales de pasarela, la delgadez demandada en la profesión no corresponde a una complexión natural o genética de ellas. La realidad es mucho más compleja, ya que esto es cierto solo para una minoría de profesionales. Otro punto de regulación, referente a la moda, tiene que ver con los modelos corporales y prácticas que se difunden desde las tendencias de la actividad física. Se trata de un cuerpo *en forma* que, además, responde a toda una industria cada vez más poderosa y a un tipo de cuerpo cada día más demandado.

Lo vemos en la publicidad, en los anuncios, en muchas partes, hasta en el Facebook. Ves cómo se ponen de moda ciertos ejercicios, el andar en las carreras, esos maratones que hacen y andan muy de moda, ya ni las hacían y ves a las morras con unos mini *shortsitos*, unas piernonas y así (CM-G1).

El impacto que tienen las series con mujeres güeras, delgaditas [...] Tienen que ser pelo largo, todo lo glamurosas que puedan y si no, no se enamora el protagonista. Nos meten las ideas de: "Tengo que tener este cuerpo" [...] Como lo quieren poner por redes sociales, internet, una publicidad o simples comentarios de boca en boca pero que, la verdad, vienen de lo que vemos en los medios (CB-G2).

Es importante establecer que, a pesar del discurso tan fuerte que implica la moda en la demanda del cuerpo actual, los MMC son los difusores y amplificadores principales. Esto a través de mensajes informativos o publicitarios, no solo de los modelos corporales idealizados, sino también del discurso biomédico en pos del cuidado de la salud y las prácticas de control y el cuidado corporal. Sin embargo, en las últimas décadas, las redes sociales son las que predominan.

Yo creo que el Facebook es la fuente de información que tiene más impacto ahorita. Después de los anuncios que invariablemente ves en la calle, el Facebook tiene mucho poder porque lo veas tú o no, la gente lo comparte. Ahorita hasta el más humilde ya tiene cómo. Y si tú no tuvieras Facebook, alguien te va contar algo de lo que vio o leyó en cuestión de comidas, qué hacer para la salud, qué cosas andan de moda (CM-G2).

Como parte del discurso estético, es impensable que no surgieran prácticas corporales asociadas con esta maquinaria de construcción de la belleza femenina, y la influencia de la moda en el vestido y los estilos. El poder que poseen los MMC incide en la manera de ver, percibir y valorar el cuerpo, a través de sus imágenes, y también difunden estereotipos y hasta ideologías de género (Gallagher, 2014). En este caso, basados en estereotipos de género fundados en la apariencia del cuerpo.

## Prácticas corporales regulatorias en las mujeres

Shilling (2012) menciona que la delgadez, como modelo a seguir, implica que se realicen ciertas prácticas corporales que permitan a los sujetos retar su propia naturaleza, al desplegar dispositivos de regulación, en los que se busca la transformación consciente de sí mismo.

El alcance y las formas de apropiación de los discursos en torno al cuerpo no fueron homogéneos dentro de los grupos estudiados, pues se valoraron y demandaron aspectos diferentes. En las mujeres de este estudio se encontró un consenso sobre la importancia del cuerpo delgado, tanto en la forma corporal como de apariencia estética; sin embargo, las diferencias más relevantes entre los grupos se encontraron en los modelos a seguir y, en especial, en las prácticas corporales regulatorias, que se desarrollan a continuación.

## Alimentarias y físico-deportivas

A pesar de que la mayoría de las entrevistadas señalaron haber hecho dietas, solo una minoría, de clase media, reconoció haber acudido con nutriólogo. Esto se podría explicar porque cada vez hay más información disponible para todos acerca de alimentación, dietas y tendencias, a través de los MMC electrónicos. Aunado a que la agenda educativa reciente incorpora cada vez más tópicos de nutrición y salud en sus planes de estudio.

Desde el discurso de las participantes, la alimentación saludable significó llevar una “buena alimentación”, “comer bien” o “comer saludable”, lo que se interpretó como seguir un régimen balanceado, variado y suficiente desde el discurso normativo de la salud. El hecho de “comer bien” añade aspectos como ingerir la cantidad necesaria de alimentos adecuados, comer a las horas debidas (no malpasarse) y beber agua suficiente. Al profundizar más en el discurso, se encontró que, entre los grupos de clase media y alta, a la alimentación saludable se le incluyeron aspectos como las dietas veganas, el *slow food*, consumo de alimentos orgánicos y funcionales (súper alimentos, libres de gluten, diuréticos, desintoxicantes, laxantes). Algunos de ellos ligados a cuidar el peso corporal.

La promoción de cosas naturales que te pueden ayudar, como la chía que tiene fibra y no te da hambre. El ajo japonés que te ayuda a adelgazar porque controla la ansiedad (CM-G2).

Hay dos tendencias, la *fit* y la *yogui*, ambas están por lo saludable. [...] En mi casa mi mamá no cocina, yo fui la que empezó a meter más cosas nuevas como la quinoa porque leí que tenía proteína, fibra y te ayuda a no engordar (CA-G1).

La actividad físico-deportiva es la otra dimensión primordial en el cuidado del cuerpo. Las participantes reconocieron la necesidad de realizar ejercicio de forma regular, sobre todo de tipo cardiovascular. Sin embargo, no todas las mujeres llevan a la práctica cotidiana un régimen de cuidado de la alimentación y ejercicio, a pesar de (re)conocer que son aspectos fundamentales para cuidar el cuerpo.

Para las jóvenes de clase baja, llevar una “buena” alimentación y realizar ejercicio físico están condicionados a la falta de tiempo y al cansancio cotidiano del que son presas, debido a las jornadas laborales extenuantes para algunas, o a los ritmos muy acelerados para las que estudian y recorren grandes distancias. Estas condiciones de vida limitan en gran medida la disponibilidad y la motivación para realizar cambios en su alimentación y en el cuidado del cuerpo. Ellas reconocen la actividad físico deportiva como la cardiovascular, caminar o bailar (practicar zumba en parques públicos), esto último más por esparcimiento que para control del cuerpo.

Es comer bien, a tus horas, con verduras y aparte hacer ejercicio. A mí me gusta mucho bailar, pero no me da tiempo o llego a mi casa muy cansada. Pero camino mucho para agarrar el camión y todo el día estoy parada [...] Y de la alimentación pues es que comemos de lo que podemos cocinar pues no tenemos tiempo, a veces comemos de lo que hay en el comedor. Sí sé que debería comer otras cosas, más verduras, comemos mucha harina (CB-G1).

En las mujeres de clase media, la diferencia radica en que a pesar de estar bien informadas acerca de la salud, la alimentación y el ejercicio, y de reconocer estas prácticas como básicas, necesarias y “saludables”, la mayoría se quedó solo en saberes y conocimientos acerca del tema o intentos fallidos, porque no lograron ponerlo en práctica debido a su ritmo de vida. El conocimiento que tienen acerca de la “alimentación saludable” estuvo basado en el discurso biomédico sobre lo que implica, así como de controlar, evitar y/o restringir ciertos alimentos chatarra, azucarados o engordadores, que se consideran nocivos y altamente calóricos, además de incluir los *light* o funcionales, para obtener ciertos beneficios extra. Para ellas, la alimentación saludable “no es tan fácil de lograr”, pues señalaron que además de saber qué se debe comer también está lo que realmente se hace o se puede hacer en el día a día. Se reconoció a la actividad físico-deportiva como parte importante del cuidado corporal, pero no siempre se pone en práctica, y la falta de tiempo es la razón principal.

Podríamos [cuidarnos] si desayunáramos en la mañana y tuviéramos el tiempo de ir a casa a preparar una buena comida, descansar, ir al baño y regre-

sarte al trabajo [...] Ahorita, ¿quién tiene cuatro horas para comer? Y aparte, antes o después de trabajar, ¿hacer ejercicio? (CM-G2).

Es más fácil comer mal que bien. Te puedes comer más rápido una dona que masticar y masticar una manzana y está más rico una dona aunque la manzana sea más sana. Puedes saber eso, pero no hacerlo por muchas razones, gusto, tiempo, qué es lo que tienes al alcance (CM-G3).

Para las jóvenes de clase alta, el cuidado del cuerpo es una práctica central en su vida. En ellas, el discurso regulador del cuerpo tuvo mayor aceptación y apropiación, y lo llevan a la acción en la mayoría de los casos. La alimentación saludable implica mayor control, es llevar un régimen estricto de “cuándo, cuánto y qué comer”. Introducen al hogar tendencias modernas sobre la “alimentación sana”, modifican prácticas de cocina o incorporan productos novedosos para hacer platillos más *light* y nutritivos.

En mi casa fue a partir de que le empecé a decir yo a mi mamá, porque, me encanta leer cosas de que: “Esto sí, esto no, este es bueno, esto malo, esto ayuda a acelerar el metabolismo” [...] y desde que empecé con el *gym* (CA-G2).

Estos son temas que socializan entre sus grupos de amigas, comparten consejos y experiencias, estrategias y prácticas para cuidar, mantener y/o modificar su cuerpo.

[...] En nuestros cafés compartimos pláticas del tipo: “Estoy haciendo esta dieta o tomo chía y sí me funciona, o no funciona”; o del ejercicio: “Empecé estos ejercicios, tal *gym*, tal entrenador me recomendó esto [...]. Entre nosotras aprendemos también” (CA-G1).

En este grupo social, la actividad físico-deportiva se traduce en “hacer ejercicio diario”, que debe ser regular, intenso y disciplinado según los objetivos. Por un lado ir al gimnasio, y hacer una rutina cardiovascular y pesas, si se quiere modificar el peso y la forma; por el otro, practicar yoga o deportes, si se busca bienestar y/o esparcimiento. Así como tendencias nuevas para evitar la rutina.

Es que el gimnasio, desde mi punto de vista, es algo que a mucha gente le gusta mucho [...]. Pero a mí el gimnasio es algo que me agobia, se me hace aburrido [...], ahorita que estamos yendo juntas, vamos y el *coach* nos pone una rutina pero no de gimnasio, pesas y así, son cosas diferentes, es box, natación, cosas diferentes, no es lo mismo y todos los días cambia y vas aprendiendo otros ejercicios súper útiles [...] Con el *coach* del *cross fit* es más dinámico y te instruye pues (CA-G1).

Para ellas estas prácticas corporales son parte sustantiva de su estilo de vida, de su proyecto corporal (Shilling, 2012).

## Consumo de medicamentos e intervenciones quirúrgicas

Este tipo de prácticas alude tanto a un discurso biomédico como a una dimensión estética. Las jóvenes identificaron las intervenciones biomédicas con medicamentos y cirugías, no como sinónimo de “cuidar la salud” en un sentido preventivo, sino de “mejorar la salud” cuando se refirieron a bajar de peso, luchar contra algún padecimiento asociado con la obesidad y, sobre todo, mejorar el cuerpo en términos estéticos.

Ahorita hay demasiadas cosas que te pueden dar [para bajar de peso]. Y ahorita hay muchas dietas, hay cosas como las pastillas para bajar de peso y las operaciones, todo eso te ayuda más fácil a estar mejor (CB-G1).

Por lo anterior, se reconoció que son muy diversos los medios para modificar el cuerpo. Además de las dietas, el consumo de medicamentos para bajar de peso y, en algunos casos, tratamientos contra la ansiedad (anorexogénicos, ansiolíticos) son las recomendaciones del personal de salud, agentes responsables de prescribir los medicamentos para adelgazar. Sin embargo, ellas reconocieron que se tiene acceso libre a un sinnúmero de productos farmacéuticos y naturistas para adelgazar. La mayoría de las participantes de todos los grupos consideró esta práctica como riesgosa y nociva para la salud, por la amenaza que significa el consumo no prescrito de este tipo de productos, no se “aprende a comer” y hay un mayor riesgo de “efecto rebote”. Sin embargo, sí los consumen porque se adelgaza rápido.

Yo sí he tomado pastillas para adelgazar, pero la vez que las tomé me sentí muy mal. Sé de gente que las toma y baja mucho de peso, pero también es peligroso, no sabes qué pueda pasar después. Siempre es mejor cuidar tu alimentación y hacer ejercicio, pero uno se va por lo fácil cuando eres joven (CM-G1).

En las últimas décadas, la tendencia de las intervenciones quirúrgicas va a la alza, y muestra que su práctica aunque, en primera instancia, es para tratar casos extremos de obesidad (cirugía bariátrica, balón gástrico), con el surgimiento de la cirugía plástica y reconstructiva, su sentido es cada vez más estético y no de salud.<sup>6</sup> Los imperativos actuales del cuerpo y la exigencia que algunas mujeres tienen consigo mismas y su imagen las conduce a dejar de ver a la cirugía como algo extraño, y las lleva a reincidir. En algunos casos por no tener los resultados esperados, y en otros porque el cambio no es suficiente.

Desde la década de 1990, varias investigaciones han señalado el aumento dramático en el número de individuos preocupados por e inseguros de su apariencia personal, al grado de someterse a cambios serios en su cuerpo, mediante una cirugía que no tiene más justificación que la estética (Elliot, 2011). Estos procedimientos permean cada vez más en la sociedad, en algunas ocasiones

<sup>6</sup> En el ámbito internacional, México ocupa el quinto lugar en procedimientos estéticos realizados, el cuarto en los quirúrgicos y el séptimo en los no quirúrgicos (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2016).

como soluciones efectivas e inmediatas a una insatisfacción corporal constante, o debido al cansancio que representa para algunas el cuidado del cuerpo sin resultados visibles. También parece que estas intervenciones no están al alcance de todos, porque aún son procedimientos muy costosos, que no cualquiera puede solventar:

Por todos lados ves anuncios de cirugías y te dan ganas, pero también son muy caras (CM-G3).

[...] me hice la lipo porque me cansé, hacía cuatro horas de ejercicio, dieta y no bajaba [...] no me arrepiento porque operarme fue un descanso para mí, no estaba a gusto [...] tuve que ahorrar mucho, hablar con mis papás para que me permitieran hacerlo y también para que me apoyaran con un préstamo, me costó, pero lo hice (CM-G2).

La cirugía estética enfatiza la ambivalencia de las motivaciones que originan la decisión de operarse, tanto la libertad como la autonomía femenina. A su vez, expone el dolor y sufrimiento que las mujeres experimentan antes de tomar decisiones informadas. Esto sería a lo que Davis (2007) se refiere cuando habla de “tomar la vida en nuestras propias manos”, “llevar el control” y “tener la vida a la mano”, en relación con la búsqueda por apartarse del modelo opresión-liberación, que presenta a las mujeres como “ineptas culturales”. El hecho de que las cirugías estéticas no sean artefactos neutrales de la cultura de consumo con respecto al género, resulta evidente que su auge y consumo no es simplemente una cuestión de elección individual y de la mujer. Además, la cirugía estética implica considerar la posición social de clase como principio explicativo de las prácticas (Córdoba, 2010), así como del significado y el alcance que tiene para ellas:

[...] Súper normales las cirugías. En nuestro círculo son bien comunes las de nariz y *bubis*. La de nariz antes de los 18-20 años, ya después son las *bubis* (CA-G1).

De nuestro grupo, de 14 que somos cuatro ya nos operamos. Yo me operé la nariz a los 17 años, no se nota, quedé mejor (CA-G2).

Mucha gente que puede se opera. A mí en lo personal sería mejor con ejercicio, podría lograr lo mismo pero la gente por floja, o por más fácil, se opera. Al paso del tiempo vas a volver a estar como estabas antes porque no te cuidas (CB-G2).

En los testimonios anteriores no sólo se evidencia la familiaridad y el acceso a la cirugía estética, sino la manera en que unas y otras comprenden los alcances, beneficios o perjuicios de ésta, además de las motivaciones. Mientras que las jóvenes de clase alta hablaban de los procedimientos más en un sentido de corregir anomalías estéticas, como una nariz poco agraciada o senos escasos, las de clase baja y media parecieron asociarlos con una intervención sobre la forma y tamaño del cuerpo o una manera de bajar de peso. Por lo que la percepción de la práctica para ellas no es la ideal, pero sí posible; involucra una gama amplia

de aspectos que van desde las consideraciones del estilo de vida por cuestiones de salud, hasta las preocupaciones estéticas por lograr un cuerpo bello.

## Conclusiones

De manera homogénea, las mujeres declararon que el discurso normalizador del cuerpo femenino parte tanto del que alude al cuidado de la salud y/o en contra de la obesidad, como al estético, que establecen tendencias y difunden prácticas. Ambos privilegian la valoración del cuerpo delgado, sano, en forma y estético. Se encontró un reconocimiento generalizado por la alimentación y la actividad física, como las prácticas corporales primordiales para cuidar el cuerpo, siempre bajo el discurso de la salud, sin embargo, en la práctica, la estética fue la principal razón para hacerlo.

A los MMC electrónicos se les reconoció como los difusores principales de los discursos de salud y de estética, y en pro del cuerpo delgado. De ahí es que emerge el modelo corporal hegemónico, en el que se visualizan y sobre el que se promueven los dispositivos de control, a través de los cuales se normaliza el cuerpo desde la estética en dos aspectos. Uno es la vigilancia del peso y la forma corporal, en la que más que el peso influye la ropa que usan o la que no pueden usar. Y, el otro, la modificación del peso y/o la forma corporal, entre lo que se encuentran algunas prácticas como las dietas y el ejercicio físico, para bajar de peso, moldear y/o tonificar el cuerpo, así como las cirugías con fines estéticos.

No obstante la homogeneidad del reconocimiento de los discursos normalizadores entre los grupos, los significados que se le otorgan al cuerpo fueron diferenciados, a través de la identificación y valoración de diversos modelos corporales que las participantes señalaron como los afines a la región de estudio. Entre más alta es la clase social el control corporal es más fuerte y demandante, por lo que el modelo corporal valorado es más afín al cuerpo hegemónico y, en consecuencia, el discurso del cuidado del cuerpo y las prácticas que realizan van en función de la importancia de la apariencia estética. En la clase media, la diversidad de cuerpos valorados es más amplia, pero se privilegian los delgados. A pesar del alto grado de interiorización que este grupo tiene de las prácticas de control corporal institucionalizadas, las posibilidades materiales son las que determinan su práctica. Para ellas, el cuerpo como proyecto corporal es más un plan “deseable de alcanzar”, que uno posible de implementar en el plazo inmediato. En la clase baja, mientras los cuerpos muy delgados no son valorados como atractivos, los más curvilíneos y voluptuosos sí lo son. Por tal motivo, el cuidado del cuerpo para ellas es un aspecto deseable pero no central en su vida, ya que las prácticas corporales estarán restringidas por la falta de tiempo, recursos y energía disponible, así como por la concepción del cuerpo ideal que prevalece en este grupo.

En relación con lo anterior, es necesario perseverar y realizar otros estudios que permitan ver más de cerca cómo se va reinterpretando y resignificando el cuerpo cuando la delgadez es la norma social, pero no siempre es la regla del grupo o de los individuos. Es decir, es necesario situarse en la experiencia de

éstas y otras mujeres para analizar de forma más profunda los significados del cuerpo, las prácticas corporales que realizan y cómo influye el poder regulador del cuerpo en las mujeres.

## Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a las mujeres quienes dieron voz, sentido y significado a las preguntas y planteamientos esbozados en este trabajo, sin cuya participación y experiencia de vida no hubiese sido posible. Asimismo, a las/los revisores cuyos cuestionamientos, comentarios y aportaciones enriquecieron de manera importante el resultado final de este artículo.

## Referencias

- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. México: Paidós Ibérica.
- Appadurai, A. (2001). *Modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Arreguín, R. (2015). *Actividad físico-deportiva en usuarios de empresas de servicios deportivos integrados en Hermosillo y su relación con la norma social por la apariencia física* (tesis de doctorado). Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C.
- Baudrillard, J. (2009). *La sociedad de consumo. Sus mitos, sus estructuras*. Barcelona: Editorial Siglo XXI.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*, 26(1), 205-233. doi: 10.3406/ahess.1971.422470
- Bourdieu, P. (1986). Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. En C. Wright Mills, *Materiales de sociología crítica* (pp. 183-194). Madrid: La Piqueta.
- Bourdieu, P. (2002). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bryant, J. y Oliver, M. (2009). *Media effects: Advances in theory and research* (3rd ed.). Nueva York: Routledge.
- Comelles, J. M. y Gracia, M. (2007). *No comerás: narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria.
- Company, M. y Rubio, M. F. (2013). Medicalización del peso corporal. Cuestiones críticas en los discursos sobre obesidad. *Revista de Enfermería* 7(3). Recuperado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/269/pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2009). *Informe de evolución histórica de la situación nutricional de la población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México*. México: CONEVAL.

- Córdoba, M. (2010). La cirugía estética como práctica sociocultural distintiva: un lacerante encuentro entre corporeidad e imaginario social. *Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 2(2), 37-48. Recuperado de <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/35/37>
- Coutiño, L. (2014). *Este no es mi cuerpo. Consumo femenino de productos para adelgazar en Sonora*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Davis, K. (2007). *El cuerpo a la carta. Estudios sobre cirugía cosmética*. México: La Cifra.
- Douglas, M. (1979). *Implicit meanings: Essays in anthropology*. Londres: Routledge.
- Elliot, A. (2011). Plástica extrema: auge de la cultura de la cirugía estética. *Anagramas*, 9(18): 145-164.
- ENSANUT. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Sonora. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/informes/Sonora-OCT.pdf>
- ENSANUT. (2016). *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de Medio Camino 2016. Informe final de resultados*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de
- Espeitx. (2006). Práctica deportiva, alimentación y construcción del cuerpo. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXI(2), 79-98.
- Esteban, M. L. (2004). *Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Farhud, D. (2015). Impact of lifestyle on health. *Iranian Journal of Public Health*, 44(11), 1442-1444.
- Featherstone, M. (2007). *Consumer culture and postmodernism* (2<sup>nd</sup> ed.). Londres: SAGE Publications.
- Foucault, M. (1997). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2004). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets.
- Gallager, M. (2014). Media and the representation of gender. En C. Carter, L. Steiner y L. McLaughlin (Eds.), *The Routledge Companion to media and gender* (pp. 332-341). Londres: Routledge.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Ediciones Península.
- Godart, F. (2012). *Sociología de la moda*. Buenos Aires: Edhasa.
- Gracia, M. (2010). Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity. *Appetite*, 55(2): 219-255. doi: 10.1016/j.appet.2010.06.002
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). Encuesta Intercensal.
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery. (2016). International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Recuperado de <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/GlobalStatistics2016-1.pdf>
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Lipovetsky, G. (1996). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
- López, M. y Rodríguez, M. (2008). Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad: perspectiva de México en el contexto mundial. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 421-430.
- Lupton, D. (2013). *Fat*. Nueva York: Routledge.
- Meléndez, J. M. y Aboites, L. (2015). Para una historia del cambio alimentario en México durante el siglo XX. El arribo del gas y la electricidad a la cocina. *Revista de Historia Iberoamericana*, 8(2), 76-101.
- Meléndez, J. M., Moreno, I. M., Cañez, G. M. y Núñez, G. (2018). Prácticas corporales y alimentarias de mujeres adultas del noroeste de México. Una aproximación al cuidado corporal femenino. *GenEros*, 23(2), 169-198.
- Muñiz, E. (2014). *Prácticas corporales, performatividad y género*. México: La Cifra.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thompson, B., Graetz, N., Margono, C., et al. (2013). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: A systematic analysis for the global burden of disease study. *The Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8
- Ortiz, V. (2013). Percepciones y prácticas corporales estéticas de un grupo de jóvenes universitarias afrodescendientes de Cali. *Revista CS*, (12), 85-126. doi: 10.18046/recs.i12.1678
- Pío Martínez, J. (2013). La ciencia de la nutrición y el control social en México en la primera mitad del siglo XX. *Relaciones*, 133, 225-255.
- Reischer, E. y Koo, K. (2004). The body beautiful: Symbolism and agency in the social world. *Annual Review of Anthropology*, 33, 297-317. doi: 10.1146/annurev.anthro.33.070203.143754
- Rivera-Dommarco, J. (2015). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5ª ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sarkar, S. (2014). Media and women image: A feminist discourse. *Journal of Media Communication Studies*, 6(3), 48-58. doi: 10.5897/jmcs2014.0384
- Secretaría de Salud. (2013). Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. México: Secretaría de Salud. Recuperado de: [http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia\\_con\\_portada.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf)
- Shilling, C. (2000). The body. En G. Browning, A. Halcli y F. Webster (comps.), *Understanding contemporary society*. Londres: SAGE Publications.
- Shilling, C. (2012). *The body and the social theory*. Londres: SAGE Publicaciones.
- Soley, P. (2012). Muñecas que hablan. Ética y estética de los modelos de belleza en publicidad y moda. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 68(1), 115-146. doi: 10.3989/rdtp.2012.05
- Tomiyama, A. J., Hunger, J. M., Nguyen-Cuu, J. y Wells, C. (2016). Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories. *International Journal of Obesity*, 40(5), 883-886. doi: 10.1038/ijo.2016.17

- Turner, B. S. (2008). *The body and society: Explorations in social theory*. Londres: SAGE Publications.
- Valenzuela, M. E. y Meléndez, J. M. (2018). Concepciones y valoraciones del cuerpo en jóvenes del noroeste de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(1), 45-56. doi: 10.22201/fesi.20071523e.2018.1.456
- Vigarello, G. (2005). *Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días* (Colección Cultura y Sociedad). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.