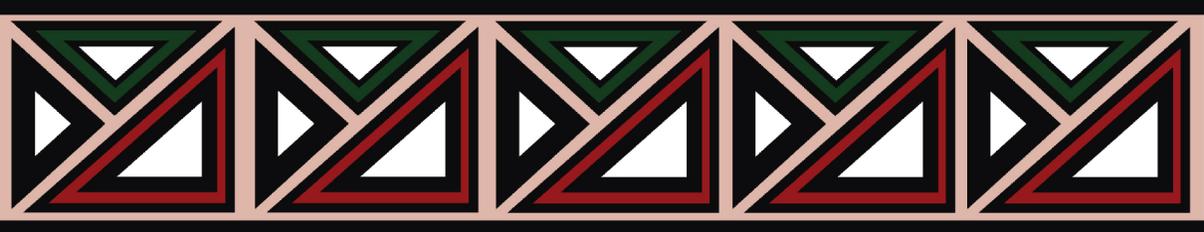




Tecnologías y Técnicas en Investigaciones Socioantropológicas de la Salud

Romina Del Monaco y María E. Epele

Compiladoras



Monaco, Romina del

Tecnologías y técnicas en investigaciones socioantropológicas de la salud / Romina del Monaco ; María E. Epele ; compilado por Romina del Monaco ; María E. Epele. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Estudios Sociológicos Editora, 2020.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-3713-43-9

1. Sociología. I. Epele, María E. II. Título.

CDD 301.072

Diseño de tapa: Romina Baldo

Diagramación y corrección: Juan Ignacio Ferreras

© 2020 Estudios Sociológicos Editora

Mail: editorial@estudiosociologicos.com.ar

Sitio Web: www.estudiosociologicos.com.ar

Primera edición: julio de 2020.

Hecho el depósito que establece la Ley 11723.

Libro de edición argentina.

El presente libro puede ser descargado desde el sitio web de nuestra editorial

Índice

Introducción <i>Romina Del Monaco y María E. Epele</i>	9
Rescatados, encerrados, tratados. Modos legos de tratar los consumos problemáticos de drogas <i>Silvana Garbi</i>	23
Rebasar umbrales. La espera en los tratamientos ambulatorios sobre los usos intensivos de drogas <i>Ana Laura Candil</i>	47
Las heterogeneidades de los ensamblajes terapéuticos. Estudio de caso sobre la construcción de un programa residencial de tratamiento de consumos problemáticos de drogas <i>Francisco Javier Ugarte Reyes</i>	71
Palabras que hacen ver: (dis) funcionalidad, ciencias naturales y adaptación en las psicoterapias cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina <i>Romina Del Monaco</i>	107
De los “desequilibrios hormonales” a “desequilibrios emocionales”: la construcción de una dimensión psi en la biomedicalización de la menopausia <i>Ana Leticia Fitte</i>	129
Producción de subjetividades en el autocuidado alimentario cotidiano <i>Aldana Boragnio</i>	155
Sobre los autores y las autoras.....	181

Producción de subjetividades en el autocuidado alimentario cotidiano

Aldana Boragnio

Introducción

Los saberes, las prácticas y las representaciones en torno a la comida implican y expresan las sociabilidades y las vivencias cotidianas, mientras que en el comer se intersectan tanto cuestiones biológicas como dimensiones sociales, económicas, políticas y culturales. Es así que el acto alimentario también estará atravesado por relaciones de poder vinculadas con el género en función de estereotipos vigentes, a la vez que con dimensiones morales y vínculos ligados a la relación salud/alimentación/enfermedad, que se ponen de manifiesto ante experiencias corporales tipificadas como patologías, como son la obesidad, la anorexia, la bulimia y los múltiples trastornos de la conducta alimentaria.

Al mismo tiempo, si tenemos en cuenta que comer es una práctica esencial para la reproducción física, social y simbólica tanto del individuo como de la sociedad, la organización geopolítica de los alimentos condicionará la disponibilidad y el acceso a estos, por lo que hoy encontramos diversas formas del hambre en relación con la localización geopolítica y social de los sujetos.

Ante ello, se vuelve esencial situar el acto alimentario en un contexto determinado. El presente escrito parte de líneas de indagación que surgieron del trabajo de campo de una investigación en torno a las prácticas alimentarias de mujeres trabajadoras en oficinas públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Para ello se realizaron doce entrevistas en profundidad a mujeres trabajadoras en una dependencia de la Administración Pública Nacional ubicada en CABA, con edades, puestos laborales y áreas de trabajo diferentes. Las entrevistas fueron realizadas entre junio de 2016 y diciembre de 2017, y el tamaño de la muestra fue dado por la saturación teórica.

Entendiendo que el autocuidado implica un comportamiento que supone la adopción de prácticas (auto) referenciales y la responsabilidad de una permanente atención-cuidado-control de sí, el propósito de estas páginas es explorar los procesos de autocuidado sobre la base de los saberes y las prácticas ligados a la alimentación. En tanto estos mecanismos de autocuidado se configuran como técnicas de subjetivación que modelan, regulan y conforman modos de subjetivación de lo femenino vinculadas con la gestión y con el control de los cuerpos, también se constituyen como mecanismos de control y autorregulación de las mujeres en su vida cotidiana. En estas páginas nos acercaremos a cómo las mujeres entrevistadas llevan adelante acciones concretas y ponen en práctica saberes específicos en torno a la alimentación para organizar y regular la planificación, elaboración y el consumo de sus comidas cotidianas. Así, a partir de ello, será posible explorar la forma en que dichas prácticas, que se desarrollan en el contexto de sus vidas cotidianas, contribuyen a moldear las subjetividades.

La estrategia de presentación será la siguiente: en primer lugar, describimos la relación entre los procesos de autocuidado y los saberes expertos; luego, a partir de fragmentos de entrevistas que nos permitan observar la relación del autocuidado y de las prácticas del dietar,¹ indagamos en el sentido del autocuidado desde la perspectiva de los propios actores sociales, en este caso de las mujeres entrevistadas.

Técnicas de alimentación: de la medicalización a las prácticas de subjetivación

La ingesta de alimentos incluye un conjunto de acciones, actos y procesos que implican consecuencias físicas, simbólicas y sociales dado que, a partir de ellas, se construyen fisiológicamente los cuerpos, se configuran identidades sociales a partir de los modos legítimos del comer y se conforman las energías corporales necesarias para estar en condiciones para la propia reproducción y para la acción. Al centrarnos en estas relaciones encontramos que, ya sea desde un punto de vista antropológico, histórico, sociocultural, biomédico o psicológico, la alimentación constituyó una preocupación para todas las sociedades.²

Antes del siglo XVIII, de acuerdo con la “teoría médica de los humores” que relacionaba la alimentación y los estados del cuerpo, encontramos que la

1 “Estar a dieta” se encuentra asociado a una acción terapéutica o curativa frente a una enfermedad, pero “dietar” refiere a un comportamiento normativizado ligado a la “ración limitada, prohibición, restricción, abstinencia y privación hedónica” (Katz, 2010: 82).

2 Para profundizar en los diversos estudios sobre alimentación, véase Messer (1995).

comida era considerada equilibrada y contenedora de las cualidades nutricionales cuando incluía cierta combinación de especies y sabores.³ Esto respondía a que ambos eran entendidos como nutrientes medicinales que modificaban los estados del cuerpo en función de características como su temperatura, textura y combinaciones (Flandrin y Montanari, 2011). Luego, desde una perspectiva biomédica moderna occidental, también hallamos una estrecha relación entre alimentación y los procesos de salud-enfermedad (Beardsworth, 1995), los cuales se conformaron como un eje principal de los procesos de medicalización de la alimentación.

La medicalización —la comprensión de fenómenos de la vida cotidiana en términos de enfermedad— es un proceso histórico-social de secularización que se extendió a diversas áreas de la vida social. De esta manera, se conformó la definición de diversos problemas sociales en términos médicos a través del uso de un lenguaje médico para describirlos y de la adopción de intervenciones médicas para abordarlos (Conrad, 1992). Por su parte, la alimentación no quedó por fuera de este proceso y, en el siglo XX, se formalizó el conocimiento a partir de la consolidación de la nutrición como un campo del conocimiento científico (Poulain, 2002; Gracia-Arnaiz y Comelles, 2007).

Durante la primera mitad del siglo, el foco estuvo puesto en el descubrimiento de nutrientes esenciales y en la definición de las necesidades mínimas nutricionales, lo que dio lugar a las guías dietéticas con recomendaciones con el fin de evitar las enfermedades por carencias y la desnutrición. En cambio, en la segunda mitad del siglo XX se comenzó “a explorar la relación entre dieta y enfermedad desde un punto de vista más amplio, es decir, desde una perspectiva ecológica” (Menéndez Patterson, 2008: 56).

El proceso de consolidación de la nutrición se dio de la mano de un empresariado moral de los grupos profesionales, la medicalización de la práctica cotidiana, la extensión del control social y la idea de sujetos “libres para elegir” (Rose, 1989: 13) qué, cuándo, cómo y dónde comer. Este proceso se dio con el acompañamiento de la publicidad como eje de la expansión de la industria alimentaria (De Moraes *et al.*, 2019).

En el transcurso de la década de 1960 se instala la delgadez como valor estético central de las sociedades occidentales (Lipovetsky, 1997). Pero es en los años ochenta que se establecen y regulan las nuevas pautas alimentarias relativas

³ Para profundizar, véase Boragnio (2018).

a una “buena alimentación”. En esta instancia, se materializa la participación de la industria alimenticia en su fomento, a partir de la incorporación de etiquetas informativas en los alimentos (Díaz-Méndez y González-Álvarez, 2013). En ellas, se detallan las calorías en la descripción nutricional, configurándose así un enlace entre la alimentación, el discurso científico y el mercado de los alimentos.

Al mismo tiempo que se conformaba un saber específico sobre el comer, se constituía su patologización a partir de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA),⁴ los cuales se ubican en relación con los patrones alimentarios aceptados para un cuerpo normalizado. Los primeros modelos y teorías en torno a los TCA se dieron en la década de 1930 y sugerían que su raíz se formaba en la relación madre-hija, en donde se buscaba lograr la autonomía y el control (Rodríguez Guarín y Gempeler Rueda, 2014). Pero ya para fines de los años setenta se puso el énfasis en la “familia psicósomática, en la cual los síntomas alimentarios desempeñan el papel de mantener el *status quo* del funcionamiento familiar” (Rodríguez Guarín y Gempeler Rueda, 2014: 339). Luego, para la década de 1980, las explicaciones se centraron en los factores socioculturales, específicamente en el ideal de belleza y en la necesidad de la delgadez para alcanzarla.

En relación con los TCA, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSM-IV)* reconoce varios tipos diferentes que comparten como características la preocupación por el peso, los alimentos y la figura corporal, pero sin considerar que estas preocupaciones son conformadas y se encuentran organizadas socialmente. Y, aunque la autoimposición de la forma, calidad o cantidad de los alimentos no es nueva,⁵ la magnitud de las publicaciones sobre los TCA ha crecido en los últimos años del siglo XX, pero con diferentes volúmenes de investigación y con grandes dificultades en su clasificación (Saldaña, 2001).

En los años noventa, se afianza el concepto de métodos racionales en la búsqueda de delgadez, aunque la idea que relaciona alimentación y aspecto físico ya estaba establecida —principalmente en la publicidad dirigida a las mujeres—. En este sentido, la década de 1990 “es la década de las dietas para adelgazar y la expansión de los productos Light, la amplia difusión de la sacarina o la

⁴ El término *trastornos de la conducta alimentaria* proviene del inglés *eating disorders*, el cual se traduciría literalmente como “desorden al comer”, lo que lo ubicaría por fuera del trastorno y su patologización clínica (Gracia Arnáiz y Comelles, 2007).

⁵ Desde épocas muy antiguas se documenta la inanición autoimpuesta, en el siglo XIII se utilizaba como un modo de mortificación para alcanzar la pureza (Rossi, 2013).

consolidación de la presencia en el mercado de los productos en los que se destaca su bajo nivel calórico” (Díaz-Méndez y González-Álvarez, 2013: 133).

En este punto se vuelve clave remarcar que, al mismo tiempo que se conformaba la delgadez como modelo de salud y la publicidad expandía las diversas prácticas cotidianas para lograrlo, las políticas alimentarias del sur global tomaban nuevos rumbos en consonancia con el aumento de los sectores más desfavorecidos (Eguía y Ortale, 2004; Scribano, 2008). En el año 2001, en Argentina, se materializó una crisis político-económica caracterizada por el aumento de los precios, el desempleo y la disminución de los ingresos, que generó la caída de la capacidad de acceso a los alimentos. Como consecuencia directa de la crisis se produjeron grandes transformaciones en torno a las prácticas del comer, en las cuales los sectores medios y altos mantuvieron el patrón alimentario diversificando los consumos al compás del crecimiento de la oferta comercial, mientras los sectores menos favorecidos perdieron variedad en sus canastas de consumo (Aguirre, 2005).

Así, las distancias materiales y sociales de los diferentes sectores sociales se profundizaron a partir de la distinción de la nueva sensibilidad gastronómica, de modo que, como indica Matías Bruera, mientras el hambre se conformaba como una imagen costumbrista del paisaje cotidiano nacional, los paladares afinaban sus gustos, “haciendo de la distinción de los sabores un valor agregado para el vínculo social y cultural” (2006: 26). En este sentido, el surgimiento de lo *gourmet* en la Argentina se dio en un escenario social, económico y político en el que convergieron dos procesos enfrentados. Mientras una parte de la población resultaba excluida de la comida, otro sector social refinaba su paladar seducido por la espectacularidad y la mercantilización tanto de los alimentos como del comer entendido como una experiencia simbólica sensible.

Con el comienzo del nuevo siglo, los distintos discursos sobre el sujeto se enfrentan a la idea de delgadez extrema de la década anterior, apareciendo la salud como valor supremo. El discurso médico impregna los discursos alimentarios y las prácticas de la nueva década, popularizando/masificando la información sobre los efectos beneficiosos o perjudiciales de los alimentos, sacralizando algunos y “demonizando” otros. En este marco, se comienza a instalar la idea de “lo sano” como belleza y la posibilidad de ser alcanzada mediante el comportamiento individual (Boragnio, 2015), de modo que las cuestiones que organizan el comer —y sus transgresiones— serían de elección personal, quedando la práctica y sus consecuencias como responsabilidad de las personas.

A partir de estos procesos, la asociación entre alimentación y salud se fue expandiendo por todas las sociedades occidentales, y puede ser identificada en múltiples discursos en los cuales se invoca “el carácter bio-psico-social de los trastornos, pero solo alientan investigación en la esfera de lo bio, y algo en lo psico” (Gracia Arnáiz y Comelles, 2007: 33). Una de las características principales que se produce en el entrecruzamiento entre el proceso de expertización⁶ (Pecheny *et al.*, 2003) de la alimentación y los cambios y desregulaciones que se dan en las normas de alimentación contemporáneas en las sociedades occidentales desarrolladas⁷ es que la alimentación deja de estar ligada a normas, pautas y valores compartidos de la comida en comunidad (Aguirre, Díaz Córdova y Polischer, 2015), y se centra en un proceso de individualización de las elecciones en el cual se configuran representaciones de sujetos que se fabrican a sí mismos y son capaces de controlar su cuerpo, su vida laboral y su vida afectiva dentro de un orden específico que los ubicará en la “normalidad” o en la “patologización” (Gracia Arnáiz y Comelles, 2007). De este modo, la alimentación se constituye como un problema que queda bajo la responsabilidad de los individuos, reducido a sus voluntades y biografías particulares. En este sentido, la alimentación se organiza cada vez más diferencialmente entre las edades, las clases, los géneros y se adecuan de modo diverso a los nuevos discursos y prácticas del comer, del consumir, de la estética y del cuidado de sí, en lo que Gracia Arnáiz y Comelles llamaron *normalización dietética*, lo cual refiere a

6 Se denomina *expertización* al “proceso por el cual personas que viven con enfermedades crónicas adquieren un determinado número de conocimientos que los alejan de su situación de legos, en particular en materia médica, y los acerca a aquellos que detentan el saber legítimo —los profesionales— pudiendo ser estos conocimientos ‘discursivos’ o ‘prácticos’” (Del Monaco, 2009: 5). En este caso, este concepto nos permite pensar los procesos en los que la alimentación adopta variedad de discursos que la explican a la vez que estos se vuelven masivos y son tomados por las personas como conocimientos propios.

7 Diferentes autores denominan a estos cambios *modernidad alimentaria*. La misma refiere al sistema de alimentación que se fue conformando en las sociedades industrializadas a partir de los cambios político-socioeconómicos dados desde los años sesenta. Además, está señalada como una alimentación globalizada, homogeneizada, industrializada, procesada, desestructurada e individualizada, la cual se caracteriza por la proliferación de los miedos alimentarios (Contreras Hernández, 2005), que convive con la malnutrición como el principal problema alimentario en el nivel global (FAO, 2016).

(...) la construcción de un patrón alimentario específico —la dieta equilibrada— con base en la restricción o promoción del consumo de ciertos alimentos y la prescripción de un conjunto de disposiciones relacionadas con el modo de establecerlo, cuándo y en compañía de quiénes; sus objetivos son homogenizar la vida cotidiana (2007: 236).

Al mismo tiempo que esta tendencia se desliza hacia la desregulación de las pautas que estructuran el evento alimentario, aumenta la intensidad de las reglas, los métodos y las técnicas de cuidado del cuerpo, convertidas en reglas de consumo y en “técnicas del yo” que transforman a las prácticas alimentarias en preocupaciones de índole médica y morales (Lupton, 1996) y en acciones sobre los cuerpos, los pensamientos y las conductas. Y esta transformación tiene como fin lograr salud, identidad y felicidad a través de la autoinspección, la autoproblematización y el automonitoreo según los criterios provistos por los saberes expertos (Rose, 1989).

Si, como indicaba Foucault, “la medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social” (1977: 5), la búsqueda de lo saludable, como eje principal de las prácticas del comer médicamente correctas, se convierte en una tecnología del cuerpo social. Es decir, en un conjunto de prácticas que regulan, desde lo corporal, tanto el consumo como el control y la disciplina.

Los saberes y las prácticas expertas sobre la alimentación se entrelazan y se instalan transversalmente en la cotidianeidad en relación con los medios de comunicación, la moda, el comercio, la industria del deporte. En este sentido, la expertización de la alimentación “sustituye las razones gastronómicas o simbólicas, sobre las cuales se articulan las decisiones alimentarias, a las razones de orden médico” (Poulain, 2002: 194), de bienestar o morales (Montanari, 2004; Fischler, 2010), constituyendo nuevas normas y explicaciones al porqué de lo que se come.

Como podemos observar, la alimentación, como una tecnología de subjetividad, aparece como un problema que debe ser conducido y controlado. Para ello, se lo rodea de un lenguaje específico y se formaliza su conocimiento en un saber específico, que se liga a la nutrición para su control y a lo “psi” para su patologización. Así, las prácticas del comer constan de métodos, técnicas, lenguaje, según los cuales los individuos se evalúan, controlan, desplegando acciones específicas sobre su cotidianeidad a partir de prácticas de subjetivación, como es la dieta.

Autocuidado como práctica cotidiana

La noción de *autocuidado* —ligada a la perspectiva foucaultiana del “cuidado de sí”, como un conjunto de prácticas a partir de las cuales la persona establece una relación consigo mismo constituyéndose sujeto de sus propias acciones— fue trabajada desde la antropología de la salud para analizar la relación entre médicos y pacientes en enfermedades crónicas y la delegación de la responsabilidad del tratamiento médico, a partir de una estrategia terapéutica que María Epele (1997) ha denominado *complejo de (auto)cuidado*. Este concepto permite describir el modo en que el sistema de saberes sobre el sujeto y la subjetividad promueve, a partir de nuevas formas de “técnicas del yo”, la adopción de un determinado modo de vida que incluye prácticas y estrategias específicas para el cuidado de sí. Al mismo tiempo, responsabiliza a los sujetos del curso que tome la enfermedad (Del Monaco, 2017). Así,

(...) el control, que en el proceso de atención de la salud ha sido presentado tradicionalmente para el lugar del paciente como “ser controlado por”, resulta sustituido en esta estrategia por el “controlar (se)”, es decir desarrollar un conjunto de comportamientos (auto)referenciales y normalizados. De este modo, el (auto)control como eje terapéutico y de transmisión de una normalidad supone como alternativa opuesta y no explicitada: el (des)control, referido a una actitud de sujeto respecto a su modo de vida, signada por la ausencia de un ajuste de las conductas propias, al intervalo definido por el saber médico (Epele, 1997: párr. 10).

Es importante remarcar que en las lógicas de autocuidado —en este caso vinculadas con la alimentación y el comer— no existe el traspaso de un saber experto, sino que se despliegan los saberes y se traslada la responsabilización de la administración de las prácticas (Candil, 2013). Este desplazamiento se conforma a partir de “indicaciones” profesionales, acompañado de un saber práctico (Giddens, 2006) generado, producido y reproducido en la cotidianeidad del comer. En este sentido, los sujetos no solo son sometidos a un control permanente que toma la vida cotidiana siendo ellos los responsables, sino “consecuentemente se produce una culpabilización hacia el sujeto de falta de cuidado de sí cuando la enfermedad adquiere otro rumbo y no cumple con las expectativas esperadas” (Del Monaco, 2009: 5).

De este modo, comprendiendo el autocuidado como el comportamiento que supone la adopción de una conducta (auto)referencial y la responsabilidad de una permanente atención-cuidado-control de sí, podemos abordar y pensar la experiencia del comer de las mujeres entrevistadas. La mayoría de ellas dijeron haber hecho dieta en algún momento de su vida y varias incluso comentaron estar “haciendo dieta”. Esta particularidad fue ratificada por una trabajadora que vendía cotidianamente viandas de almuerzo en su lugar de trabajo, quien al ser consultada sobre qué tipo de comidas elige para realizar el menú cotidiano, respondió que principalmente verduras porque “acá todo el mundo hace dieta”.⁸

A partir de lo expuesto, en las páginas que siguen, nos acercaremos al dietar como una práctica de autocuidado, ya que esta nos brinda la posibilidad de centrarnos en actividades que las mujeres implementan de forma cotidiana para su cuidado personal, guiadas por los diversos discursos de la alimentación. Dichas prácticas se insertan en el día a día revistiéndolo de una lógica de autocontrol, normalización, automonitoreo y autoevaluación, y suponen la modificación del cuerpo y de su imagen, en búsqueda de características socialmente legitimadas; en concreto, la delgadez y lo saludable.

La dieta y lo saludable como prácticas de autocuidado

La palabra *dieta*, etimológicamente, proviene del latín *diaeta*, y esta del griego δίαιτα (díaita) que significa “régimen de vida”. Luego, el concepto pasó a referirse al régimen de alimentación prescripto por médicos. Por lo tanto, el “régimen de vida” de la Antigüedad se medicalizó y comenzó a ser prescripto por un especialista de prácticas expertas derivadas de la biomedicina.

Las mujeres entrevistadas dijeron que “hacen dieta” o que “se cuidan”. A continuación, realizaremos un recorrido sobre estos significantes, en búsqueda de sus especificidades y para acercarnos a la apropiación de estas prácticas y saberes. Si bien podemos encontrar algunas diferencias en relación con la edad de quienes utilizan cada término o con las implicancias temporales que llevarían cada práctica, en estas páginas las utilizaremos como sinónimos, ya que ambas están ligadas a seguir un régimen alimentario no ligado a enfermedades específicas, sino a estar delgadas y/o saludables, autoimpuesto y centrado en concepciones morales sobre los alimentos como son lo “sano”, “saludable” o “a evitar”.

⁸ En adelante, emplearemos el uso de comillas en letra redonda para señalar las categorías y conceptos empleados por las mujeres entrevistadas.

El propósito de centrarnos en la alimentación es que, en primer lugar, está directamente relacionada con la producción y reproducción de los cuerpos y las subjetividades que comportan estas prácticas, a partir de una matriz normativa que estipula qué cuerpos son sanos y cuáles no, desde criterios socialmente valorados que se vuelven morales. Todo ello sin olvidar la importancia que posee en las cuestiones relevantes a los problemas de salud y a la obesidad como enfermedad crónica y como epidemia global (FAO, 2016).

La dieta: el autocuidado saludable

Entre las mujeres que dijeron estar haciendo dieta o haberla hecho, encontramos como eje compartido dos cuestiones: en primer lugar, el motivo principal para llevar adelante la dieta es bajar de peso. A partir del siglo XX, pero con una clara intensificación a partir de los años sesenta, se transforma el lugar social de la mujer a la vez que se profundizan las normas estéticas en torno al cambio sobre la imagen corporal deseable. Así, a la par de la constitución de la cultura “lipófoba” (Lipovetsky, 1997) o “lipofóbica” (Fischler, 1995), la delgadez se convierte en un parámetro del ideal estético. En palabras de Wolf, “cuando los derechos reproductivos le dieron a la mujer occidental control sobre su cuerpo, las modelos empezaron a pesar 23% menos que mujeres normales, los desórdenes alimentarios se multiplicaron y se promovió una neurosis colectiva que usaba la comida y el peso para quitarles a las mujeres la sensación de control” (1990: 216). Como resultado de estas transformaciones sociales, “la conquista de la belleza ya no se concibe sin la búsqueda de la esbeltez, sin las restricciones alimentarias y los ejercicios corporales” (Lipovetsky, 1997: 123).

Luego, como segundo eje, las mujeres indican que la dieta es el modo de buscar un cambio de hábito que permita mantener una alimentación saludable como primera estrategia para acercarse a una vida saludable.

Para llevar adelante ambos objetivos, las mujeres ponen en práctica algunas acciones concretas. Principalmente encontramos que las entrevistadas buscan incorporar algunos alimentos específicos, al mismo tiempo que limitan la ingesta de otros. Todas las mujeres que indicaron estar llevando adelante prácticas del dietar hicieron hincapié en tener que aumentar el consumo de algunos alimentos y la disminución e incluso eliminación de otros. Una idea que se reitera en las entrevistas es que las mujeres están “*tratando de sacar un poco las carnes*” (54 años), que “*no soy de comer mucha carne, o sea que me tiro siempre más para la verdura*” (40 años), o que “*trato de comer poca carne*” (27 años). Por lo que la carne roja es

un alimento clave a evitar o a quitar de la alimentación cotidiana, mientras que las verduras son el alimento a incorporar, obligado.

En este sentido, una empleada administrativa de 54 años nos indica que está yendo a la médica nutricionista, con lo que busca bajar de peso, y nos dice:

(...) Estoy tratando de cambiar el hábito, porque estoy haciendo dieta y demás, pero me cuesta.

P: ¿Qué estás intentando cambiar?

Y comer más verdura, o sea, tratar de sacar un poco las carnes, carne roja sobre todo y comer más verdura; la idea es, si logro cambiar el hábito de la comida puedo llegar a mantenerme... o sea, me va a cambiar el metabolismo y mantenerme por más tiempo, digamos, el peso, sin necesidad de andar haciendo constantemente dieta. [Empleada administrativa, 54 años.]

En la respuesta de la entrevistada ante sus prácticas, se visibiliza la impronta de las prescripciones médicas relacionadas con lo que en la actualidad se considera una “*alimentación saludable*” y las referencias al metabolismo como eje estructurador del funcionamiento del cuerpo.

La entrevistada busca, mediante prácticas individuales prescriptas, modificar el funcionamiento fisiológico del cuerpo para, así, lograr modificar el cuerpo biológico y su imagen. Pero, como nos indica la entrevistada, llevar adelante estas prácticas no es tarea fácil, por ello, la práctica debe ser sostenida. La práctica del dietar se instala como un hábito cotidiano que se está “*haciendo constantemente*” y que busca modificar la reproducción del cuerpo, pero su efectividad se concreta en un tiempo futuro cuando se logra modificar no solo la reproducción del cuerpo y su imagen, sino también su funcionamiento. La práctica del dietar se da en el presente con consecuencias que se presentarán en el futuro, siempre y cuando la mujer haya “*logrado cambiar el hábito*”. En esta relación entre prácticas presentes y consecuencias futuras, las mujeres ejercen un control cotidiano sobre lo que comen, a partir de elecciones racionales basadas en indicaciones que le proporciona la biomedicina, así, se busca modificar y sostener una apariencia — física y moral— a partir de explicaciones racionales basadas en lo biológico.

Además del intento de consumir menos carne roja, entre los cambios repetidos y expresados explícitamente, aparece la limitación o eliminación de los carbohidratos —de modo genérico— o de algunos productos específicos como el pan, las pastas, la papa y las galletitas.

Un aspecto significativo que se destaca en las entrevistas realizadas es que las mujeres utilizan palabras técnicas derivadas de la nutrición. Cuando se refieren a las dietas o a sus prácticas alimentarias emplean términos tales como *hidratos de carbono, grasa, metabolismo, insulina*. Es decir, son palabras que forman parte de sus discursos acerca de su alimentación cotidiana. Este lenguaje pone de manifiesto la apropiación de saberes procedentes de la expertización de la alimentación. O sea, la incorporaron del discurso biomédico nutricional, de los saberes expertos y del lugar de la publicidad en su difusión da cuenta de cómo las técnicas del yo atraviesan a los sujetos y se vuelven parte del discurso del sentido común cotidiano, que constituye al comer en una gestión de sí de la mejor manera posible (Rose, 1989 y 1996).

La dieta está principalmente ligada al control del peso corporal, pero, como dijimos anteriormente, varias entrevistadas pusieron la salud como el eje fundamental para realizar una dieta. Como nos indica una entrevistada, “*yo creo que [la dieta] dejó de ser moda, yo creo que la gente ya va tomando conciencia*” (56 años). Esta frase nos da la pauta de que en un momento hacer dieta fue una moda, pero hoy las personas “van tomando conciencia” que es más que algo pasajero. Tomar conciencia implica incorporar un discurso médico que funciona diseccionando la alimentación en alimentos específicos —como la carne— y en componentes —como el metabolismo—.

En la actualidad, estas prácticas dejaron de ser “*una moda*” y, en lugar de ello, forman parte de la vida cotidiana y son fundamentadas en la especificidad de la “racionalidad científica”. En este sentido, “la medicina fue quien apareció con la legitimidad necesaria para guiar y organizar —según criterios nutricionales del momento— cómo debían ser y qué productos debían incluir las prácticas del comer” (Boragnio, 2015: 186). Así, las prácticas del comer, atravesadas por el discurso médico, se vuelven autocentradas en la atención de la salud, como una cuestión propia e individual, que está en manos de cada uno, solo hay que ir “*tomando conciencia*”.

Si, como sostiene Foucault, “el principio de que hay que ocuparse de sí mismo llegó a ser, de manera general, el principio de toda conducta racional, en cualquier forma de vida activa que, en sustancia, quisiera obedecer el principio de la racionalidad moral” (2005: 25), la práctica del autocuidado en el comer se constituye como práctica que se juega entre la racionalidad, la disciplina y la moralidad.

En este sentido, dada la pérdida de normas sociales que organicen la comensalidad, el discurso de los saberes expertos toma el lugar de “organizador” de las decisiones. La influencia de este discurso se puede observar en que las mujeres buscan lo “sano” y saben que algunas prácticas son más saludables que otras, así, llevan adelante prácticas formalizadas desde los saberes expertos como saludables y las establecen como logro moral. Por este motivo, las mujeres hacen especial hincapié en estar haciendo las cosas que deben hacer y lo bien que las hace sentir eso. Por ejemplo, una empleada de puesto administrativo, que es de “darle importancia a la comida” y le “encanta cuidarse” y que lleva adelante un control “estructurado” de la alimentación cotidiana, al hablar de sus hábitos alimentarios nos dice:

Me siento bien que estoy haciendo las cosas bien. Estaría mal si comiera facturas todos los días, que antes lo solía hacer, me tentaba... siento que hago las cosas bien, como fruta, agua, siento que estoy bien. Como variado, verduras variadas también, estoy chocha con eso. Además, no hago frituras, las hago al horno con un poquito de aceite... no, no, me encanta cuidarme.
[Empleada administrativa, 43 años.]

La entrevistada nos indica que sigue prácticas concretas, específicas, ligadas a su gusto por cuidarse, y al seguir esas prácticas ya se siente bien, porque hace lo que “debe” hacer y no se “tienta”. El control sobre las prácticas le brinda la satisfacción de estar haciendo lo correcto. De este modo, lo correcto y el cuidarse organizan sus elecciones del comer.

Al mismo tiempo que las mujeres nos detallan sus prácticas saludables, indican que deberían seguir otras prácticas que son más saludables. Al igual que la dieta que siempre se está “haciendo” y nunca termina, las prácticas saludables nunca alcanzan. Las mujeres entrevistadas tienen una idea clara sobre qué hacer, ellas conocen los discursos y saben lo que deben hacer para bajar de peso o “ser más saludables” pero, a la vez, ellas siempre deberían hacer algo más, hacer dieta, “evadir algunas cosas”, “tendrían que estar mejor organizadas”, “deberían tener una mejor alimentación”, “agregar comida sana”, “cambiar los hábitos” o “al menos tratar de hacer algo” de esto. Es decir, siempre hay algo más por hacer e incorporar en función de los cambios en el discurso médico y publicitario.

La carga moral del dietar se configura tanto como un orgullo, cuando se lleva adelante, como una carga cuando no se logra realizar. En este sentido, las mujeres

intentan no solo incorporar las prácticas sino mantenerlas y para lograrlo, es clave cambiar: “*cambiar el hábito*”, cambiar las costumbres y/o los gustos. Cambiar aparece como el fin último al que se quiere llegar y al cual se accede a partir de un control individual de las prácticas cotidianas. Lo que se busca con la dieta no es solo cambiar el cuerpo, sino también el hábito, lo cual hará que se modifique el funcionamiento del cuerpo y, debido a ello, la materialidad del cuerpo mismo. Así, si logran cambiar las prácticas pueden llegar a mantenerse, sin necesidad de hacer más dieta, sin necesidad de “*evadir*” o “*limitar*” lo que comen.

El cuerpo de la dieta

Observando las prácticas que las mujeres llevan adelante y las que buscan lograr, podemos poner en primer plano al cuerpo como materialidad. Dicho cuerpo aparece tanto como punto de partida como de llegada de las prácticas que las mujeres entrevistadas llevan a cabo. Para algunas mujeres, la materialidad condensa el disgusto sobre la imagen de sus cuerpos. En consecuencia, la incomodidad acerca del propio cuerpo funciona como un motivo central para empezar la dieta.

Una entrevistada nos cuenta por qué fue al nutricionista haciendo hincapié en la búsqueda de modificar su cuerpo y, así, su imagen corporal.

Fui porque ya estaba, obviamente, que no me podía ver, no me soportaba mirar, no me gustan, o sea, ya ni me miraba en el espejo, así que no, y está bueno, está bueno. [Empleada administrativa, 54 años.]

La mujer “*no soportaba mirar*” su propia imagen corporal, ya que la imagen de su cuerpo traspasaba la frontera de lo soportable. El mirar(se) no es una acción inocente, carga historias, culturas, sentidos morales, y construye al mundo a través de ellos. Como remarca Le Breton (2007: 70), “visualmente, toda percepción es una moral”, y entendemos la política de las miradas como “un conjunto de prácticas corporales y políticas que tienen el poder de producir variaciones, rupturas y constricciones sobre las subjetividades de las personas” (Epele, 2007: 117). El desagrado con el cuerpo, con la imagen y con las prácticas llevadas adelante generan en las mujeres incomodidad consigo mismas; no soportar mirar(se) ese cuerpo está ligado al cuerpo visto y lo aceptable de ello, lo cual confronta a la entrevistada en la contradicción de ver y ser el cuerpo que no es mirable.

A partir de esto, las mujeres accionarán tanto no mirando(se) como llevando adelante prácticas específicas. Entre las alternativas se incluyen volver a la dieta que se dejó o ir al nutricionista en busca de asesoramiento y pautas profesionales para recomenzar la dieta. De este modo, la medicalización de la alimentación se constituye como un dispositivo de control de las prácticas del comer ligado tanto a la salud como a la belleza y los nuevos ideales estéticos.

En este punto, es importante comprender que las prácticas del dietar están ligadas al control del cuerpo de las mujeres (Germov y Williams, 1996), pero son algo más que un “policiamiento” de lo femenino de la mitad del siglo XX, ya que estas son “la intensificación de una tendencia que se inscribe en el prolongado transcurso de la cultura moderna” (Lipovetsky, 1997: 127). Los procesos de consolidación de la imagen belleza-delgadez como obligación es un proceso que ha tenido influencia sobre toda la sociedad occidental a partir de finales del siglo XIX (Vigarello, 2011), pero claramente recae con mayor presión sobre las mujeres ante el mito de la belleza como una cualidad universal y posible (Wolf, 1990).

Durante el siglo XIX, se comenzó a considerar que la enfermedad era el resultado de la expresión del carácter del enfermo, el resultado de su voluntad (Sontag, 2003) y “la presencia de la enfermedad significa que la voluntad misma está enferma” (Schopenhauer, citado en Sontag, 2003: 49). En este contexto, las prácticas del dietar se encuentran ligadas no solo al largo proceso cultural, en el cual la obesidad fue configurada como una enfermedad y la gordura como un estigma propio de quien descuidaba el trabajo sobre sí mismo, quien no tenía dominio sobre sí, sino que se ligan a un combate constante contra el cuerpo, una batalla “tan importante que siempre resultará algo ‘insuficiente’” (Vigarello, 2011: 251), a la privatización del cuidado y a la constitución de un “yo” que cuida de sí mismo (Epele, 2008).

A partir de los relatos de las mujeres entrevistadas, podemos acercarnos a sus trayectorias de vida y conocer que, si bien las dietas requieren de un esfuerzo constante y cotidiano, este se modifica a lo largo de la vida. Como nos indica una mujer de 56 años:

Tengo que empezar a incorporar esa etapa [organización de y para la dieta] y quince, veinte días, más o menos... el tema es que yo soy tan, pasa que cuando uno es más grande te cuesta mucho más. El esfuerzo es mucho más. Porque vos cuando sos joven decís: “bueno, a partir de...” Yo lo del lunes nunca lo creí, así que pongo cualquier día. No sé, puedo empezar un domingo la

dieta. Ningún problema. Pero la realidad es que cuando vos empezás a crecer, ya es difícil. Las hormonas... todo te cambia, así que adelgazar ya es más complejo. Pero no imposible, ¿eh? De hecho, hace tres años adelgacé veintitrés kilos en un año y me mantuve dos años, o sea, no soy tan, no tengo tanta diferencia con hace tres años, pero el metabolismo y todo te va variando...
 [Empleada administrativa, 56 años.]

La mujer nos indica claramente que ahora el esfuerzo ante la dieta es mayor ya que “las hormonas” y “el metabolismo y todo va variando”. Uno de los síntomas médicos adjudicados al descenso de estrógenos durante la menopausia es el aumento de peso y las dificultades que se presentan para adelgazar, ya que se produce un cambio en el metabolismo (López-Fontana *et al.*, 2003). Así, el metabolismo es el responsable de que el cuerpo no responda a las prácticas de dieta realizadas, a la vez que es el objetivo último a modificar. A partir de la dieta, las mujeres buscan cambiar el cuerpo en su funcionamiento para transformarlo en sus volúmenes y así su apariencia sea mirable. De este modo, en la intersección de los discursos médicos observamos cómo la medicalización de la alimentación y la medicalización del proceso de envejecimiento se articulan en el peso corporal, cargando a la imagen corporal de moralidad.

Pero este proceso no es propio de las entrevistadas con más edad. Por su parte, las entrevistadas más jóvenes también indican que les cuesta mantener una dieta o la alimentación saludable, pero la explicación se centra en que lo que más les gusta comer son productos que engordan o hacen mal. Mientras que las mujeres más grandes centran la responsabilidad en el cuerpo y su funcionamiento para explicar tanto la necesidad de hacer dieta como la imposibilidad de mantenerla, las mujeres jóvenes ponen el foco en los gustos y deseos en torno a la alimentación.

Me gustaría comer un poco más sano.

P: ¿Qué sería más sano?

Y, tratar de eliminar no sé, la pizza en la semana. Siempre hay alguna noche que ceno pizza, como muchas porquerías tipo snacks, siempre también en la semana. [...] en general como sano, como mucha verdura, pero bueno, la cago porque la comida así medio chatarra también me gusta. [...] me gustaría no sé, tener la costumbre de llevarme un tomate, un huevo duro y un pedazo de pollo, ¿entendes? Tratar de comer más eso al mediodía, más ensalada con apenas un pedacito de carne, pero que sea más abundante la

ensalada y a la noche tratar de comer un poco menos porque nada, como un montón a la noche. Pero bueno, disfruto de que al mediodía como poco. Hago todo al revés. [Joven profesional, 27 años.]

A estas cuestiones de decisión por el “qué” del comer, se le suma que, en los procesos de socialización, las mujeres mayormente controlan su alimentación a partir de índices externos estipulados por los saberes expertos —kilos, calorías, relaciones de alimentos, prohibiciones de estos— y, en segunda instancia, a partir de los deseos y gustos propios. Este cambio en el eje del control las hace “perder por completo la autorregulación corporal de la alimentación y contribuye a la pérdida de la referencia exterior de la propia imagen” (Esteban, 1997: 45). La articulación de ambos procesos somete a los sujetos a una decisión “individualizada” sobre la cual no tienen suficientes conocimientos ni normas que le permitan llevarla adelante.

En este sentido, podemos observar que las mujeres suponen que pueden y deben ser capaces de controlar tanto lo que hacen como lo que deberían hacer: ellas son las responsables y las culpables de los resultados y el mantenimiento de la práctica. El control del peso del cuerpo y su imagen aparece como una preocupación personal que no pone en duda al método, pero sí al accionar de ellas en la práctica de la dieta. Por ello, las mujeres deben seguir un conjunto de normas y pautas —más o menos prescriptas—, a partir de las cuales van a organizar su cotidianidad convirtiéndose en las responsables no solo de los resultados, sino de su mantenimiento y de volver a comenzar toda vez que sea necesario.

Autocuidado: aprendizaje y sacrificio

El esfuerzo de la dieta es cotidiano, constante e imposible de darse por finalizado, pero este no se limita a la restricción e incorporación de los alimentos, sino que también requiere de una organización económica y de rutinas que implican un uso distinto del tiempo.

Una mujer, al hablarnos de cómo es comenzar la dieta, nos dice que al principio es difícil pero luego las prácticas fluyen al ritmo del entusiasmo por verse más delgada. Sin embargo, en este esfuerzo de incorporación de la dieta el primer obstáculo que se debe pasar es el hambre.

(...) *Me cuesta las primeras semanas. Porque digo: "La puta madre, tengo hambre". O sea, como que estoy pensando todo el tiempo. Digo, yo siempre doy esta imagen, te agarrás de las paredes tres días, después te ubicás. Lo que pasa es que después lo voy dejando. A ver, yo me propongo esto, lo empiezo, lo voy logrando, son estos tres días que estoy como ansiosa, no sé qué hacer, fumo más, o todo el tiempo estoy con un vaso de agua, que no está mal, pero digo, después me voy armando y cuando empiezo a adelgazar y aquel pantalón que no me lo podía poner, me lo puedo poner, me entusiasmo. Entonces como que la sigo.* [Profesional, 56 años.]

Lo primero que las mujeres aprenden en sus biografías del dietar es a regular las sensaciones y tener control sobre el proceso. Las entrevistadas saben que el período de “*pasar hambre*” es un momento, tienen la experiencia de ello a la vez que ésta les dio las prácticas para aprender a regular el hambre. De este modo, la experiencia biográfica de las entrevistadas nos permite observar cómo ellas se ubican en el lugar de mujeres dietantes y que tienen el conocimiento de las prácticas y los saberes que adquirieron a partir de la consulta directa con el sistema biomédico o de la difusión constante que hacen los medios de comunicación.

Las mujeres buscan que la dieta, a largo plazo, les permita cambiar los hábitos alimenticios para lograr “*mantenerse*” en el peso deseado, pero no logran llegar al objetivo, porque la dieta se rompe siempre y, por lo tanto, hay que volver a empezar constantemente. En este punto, es importante enfatizar que nada de lo que las mujeres hagan garantiza alcanzar el objetivo de la dieta, mucho menos mantenerse, pero ellas hacen todo lo que saben que deben hacer. De modo que la falta de cumplimiento las convierte en mujeres responsables del “fracaso” de la dieta a la vez que mujeres en falta con la normatización social del dietar. En este sentido, aprenden técnicas, prácticas, motivos y racionalizaciones para regular sus sensaciones y las ponen en funcionamiento cada vez que tienen que volver a empezar la dieta, o sea, “*constantemente*”.

El control sobre lo que se come se vuelve central en las prácticas del comer, ya que este estará ligado al control del cuerpo. De este modo, las entrevistadas nos dicen que “*evaden algunas cosas de tal manera de no seguir ensanchando*”, que “*empezaron a privarse de cosas que les gustan que saben que no son muy saludables*”, “*tratan de comer la mayor cantidad de productos light*”, “*tratan de comer pocas galletitas*”, “*siempre tratando, incentivada por esto de la nutricionista*”, “*siempre están como cuidándose o tratando de cuidarse*”. Así, a partir del control de sus prácticas

cotidianas, buscan tener control sobre sus cuerpos, sus pesos y sus formas, pero, a la vez, sobre su apetito.

Quienes hacen dieta restringen lo que comen en función de manejar el peso del cuerpo y la apariencia corporal, pero las entrevistadas que indicaron que no hacen ni hicieron dieta, sino que buscan la comida saludable, también regulan lo que comen. Entendemos que la restricción que ejercen las mujeres sobre lo comen se encuentra relacionado con el control y la restricción del placer y con la “interiorización y vivencia de un supuesto riesgo de ‘descontrol’ que funciona como un mecanismo de regulación, de autocontrol y control social de sus vidas” (Esteban, 1997: 29).

Como observamos, en la misma línea de quienes hacen dieta, las mujeres que buscan lo saludable también se “*privan de cosas que les gustan*”, “*eliminan*”, “*miden*” y “*regulan*” la comida. Lo que se come se mide como se mide el cuerpo. Y así como las mujeres se acostumbran al hambre de la dieta, también se acostumbran a comer lo que no les gusta, haciéndolo parte de su vida cotidiana. Lo “sano” guía las elecciones cotidianas como el eje moral de la alimentación. En este sentido, la prohibición puede generar el deseo por ese alimento, pero, como nos dice una entrevistada, la privación a partir de la posibilidad de sentirse mejor es la conducta cotidiana.

A mí en cuanto me ponés el prohibido, ¡quiero! Entonces si vos me decís: “Mirá, si evitás esto te vas a sentir mejor acá, acá, acá”, en lo que posibilita, entonces no la limitación como la prohibición sino que me posibilita a sentirme mejor, a tomar menos Sertal [se ríe], qué se yo, entonces decís: “Ah bueno, por este lado me convences más”. [Profesional, 36 años.]

La idea de no comer algo, de restringir la alimentación aparece en función de sentirse mejor en un momento futuro. Entendemos que las prácticas del dietar, como todo proceso disciplinario, no solo conlleva un esfuerzo por parte de las mujeres para incorporarlas y hacerlas propias, sino que estas son una presencia constante en la vida cotidiana, una presencia cuyo control y regulación recae sobre sus responsabilidades. Las mujeres indican que les “*cuesta adelgazar*” y ese es “un problema de ellas”, de su responsabilidad. Luego adelgazan, pero no se mantienen y también es una responsabilidad propia porque “*hacen las cosas mal*”, porque se “*desorganizan*”.

Como señala Susan Bordo, la alimentación femenina se estructura a partir de la separación entre alimentación, gusto y placer, dado que las mujeres no aparecen disfrutando mientras comen porque “los apetitos de las mujeres requieren contención y control” (1993: 14). Aunque el estudio de la autora se centra en los procesos de enfermedad de la anorexia y la bulimia, aclara que estos se pueden extender a toda la población y que en las mujeres se articula con la presión social de la delgadez como cuerpo valorado. Así, en la cotidianeidad de la publicidad, las mujeres aprenden y aprehenden a regular el apetito, ya que

(...) la comida de la mujer es un acto privado, trasgresor, convierte las restricciones y la negación del hambre en características centrales de la interpretación de la feminidad y hace inevitable la compensación mediante la comida sin freno. Es más, tales restricciones del apetito no solo se refieren a la ingestión de alimentos, sino que el control social del hambre femenina opera como una “disciplina” (Bordo, 2000: 138).

En los fragmentos de entrevistas presentados, queda en claro que el problema y la complicación tanto de sostener la dieta como de que esta funcione son adjudicados por las mujeres a cuestiones individuales. Si no logran llevar a cabo las dietas tal como lo planificaron, consideran que ello se debe a motivos tales como la poca voluntad, a que sus cuerpos en cuanto organismos no responden correctamente, sus gustos no son los adecuados, porque les gusta lo que no deben, ya sea porque “*hacen todo al revés*” y “*encuentran el placer en la comida chatarra*” y no en un “*pedacito de carne y abundante ensalada*”.

A modo de cierre: el comer como saber experto y el autocuidado como práctica

En estas páginas presentamos una primera exploración a los procesos de autocuidado ligados a la alimentación a partir de las prácticas de dietar, en cuanto mecanismos de control y autorregulación de las mujeres en la vida cotidiana.

Por un lado, la expertización de la alimentación junto con la desregularización de las pautas sociales del comer reorganizaron las prácticas del comer a partir de la individualización y de saberes y prácticas expertos. Ante este panorama, se perdieron los conocimientos, los saberes comunitarios y las pautas que indicaban qué comer, cuándo, qué es lo bueno, lo saludable y lo nutritivo; por lo cual, las

mujeres acuden a médicos especializados y a discursos externos que les indiquen qué, cuándo y cómo comer.

De este modo, las mujeres incorporan y se autoimponen reglas, normas, regularidades, horarios, permisos y prohibiciones que estructuran el comer cotidiano a partir de prácticas específicas. Sin lugar a dudas, la configuración de una cultura del ser saludable y el ajuste de las prácticas de autocuidado que propugnan los discursos sobre la alimentación están fuertemente vinculados con la relación alimentación/bienestar/enfermedad y con las expectativas y las demandas sobre el propio cuerpo. Pero las prácticas del comer no solo están expertizadas, sino que se encuentran organizadas por normas morales que son sociales y, por lo tanto, resultan indisociables de la clase social, el género, la edad, la etnia y el espacio geopolítico que ocupen los sujetos.

Como expusimos, para las mujeres entrevistadas el dietar aparece como una práctica ligada tanto al descenso de peso como a la búsqueda de la alimentación saludable. La delgadez, como modo de sociabilidad en el que los agentes viven y conviven, produce construcciones de cuerpos genéricos diferenciales, no solo a partir de su capital corporal, sino de la construcción del cuerpo, lo que les exige a las mujeres una preocupación y un trabajo a conciencia para alcanzar la añorada delgadez.

Por lo tanto, entendemos que la búsqueda de llevar adelante prácticas del dietar, en cuanto la expertización de la alimentación, se articuló con los ideales estéticos que se centran principalmente en la delgadez, a partir del cuidado del cuerpo y de la alimentación. Pero, así como la dieta comienza con un fin en claro, esta no finaliza al llegar al objetivo, sino que se constituye como técnica de sí, o sea, una práctica cotidiana constante e interminable.

En relación con ello, entendemos que las mujeres se socializan en un vínculo con el comer que las ubica en el control de la alimentación, constituyéndose subjetividades a partir de sensaciones y emociones en torno a una moralidad del hacer(se) y mirar(se) en función del cuerpo y sus formas. El concepto de autocuidado, desde las prácticas del dietar, entonces, nos permite centrarnos en la relación entre el comer y las prácticas que las mujeres llevan adelante para su cuidado, guiadas por la medicalización que se inserta en la vida cotidiana, revistiéndola, como vimos, de una lógica de control, sacrificio y privación.

A partir de lo expuesto en estas páginas, destacamos que mientras la medicalización se constituye como la norma en todos los ámbitos de la vida, el estudio de las prácticas del comer nos permite, también, observar cómo se

“expresa la heterogeneidad de la sociedad, con manifestaciones concretas en la condición nutricional del grupo” (Eguía y Ortale, 2004: 34), ya que mientras hay personas que eligen qué comer en función de objetivos específicos, hay muchas otras para quienes la satisfacción de la necesidad de comer cotidianamente —y nutricionalmente— no está resuelta.

Referencias bibliográficas

- AGUIRRE, Patricia (2005). *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- AGUIRRE, Patricia; DÍAZ CÓRDOVA, Diego y POLISCHER, Gabriela (2015). *Cocinar y comer en Argentina hoy*. Buenos Aires: Fundasap y Sociedad Argentina de Pediatría.
- BEARDSWORTH, Alan (1995). “The Management of Food Ambivalence: Erosion and Reconstruction?”, en: Maurer, Donna y Sobal, Jeffery (coords.), *Eating Agedas. Food and Nutrition as Social Problems*, Nueva York: Aldine de Gruyter, pp. 117-142.
- BORAGNIO, Aldana (2015). “Comer en la oficina: emociones, comensalidades y prácticas en torno ‘al comer’ de trabajadores en el ámbito de la administración pública nacional”, en: Sánchez Aguirre, R. (comp.), *Sentidos y sensibilidades: exploraciones sociológicas sobre cuerpos-emociones*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos, pp. 183-202.
- _____ (2018). “Disposable Commensality: Strategies for the Selection of Meals in the Office”. *Eureka: Social and Humanities*, n° 9, pp. 1-16.
- BORDO, Susan (1993). *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body*. Berkeley: University of California Press.
- _____ (2000). “El hambre como ideología”, en: Luke, C. (comp.), *Feminismos y pedagogías en la vida cotidiana*. Madrid: Morata.
- BRUERA, Matías (2006). *La Argentina fermentada. Vino, alimentación y cultura*. Buenos Aires: Paidós.
- CANDIL, Ana (2013). “¿Sabés lo difícil qué es? Notas sobre el (auto)cuidado de usuarios de drogas”, en: Adad, L. y Villafañe, A. (coords.), *La antropología social hoy: a 10 años del nuevo siglo*. Tandil: UNICEN, pp. 511-521.
- CONRAD, Peter (1992). “Medicalization and Social Control”. *Annual Review of Sociology*, n° 18, pp. 209-232.

- CONTRERAS HERNÁNDEZ, Jesús (2005). “La modernidad alimentaria. Entre la sobreabundancia y la inseguridad”. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, n° 40, enero-abril, pp. 109-132.
- DE MORAES PRATA GASPAS, María Clara, JUZWIAK, Claudia, MUÑOZ, Araceli y LARREA-KILLINGER, Cristina (2019). “Las relaciones entre salud y alimentación. Una lectura antropológica”, en: *Polisemias de la alimentación. Salud, desperdicio, hambre y patrimonio*. Barcelona: Universitat de Barcelona, Observatorio de la Alimentación, ODELA, pp. 53-75.
- DEL MONACO, Romina (2009). *Aproximación al estudio del dolor crónico: estrategias desde la Biomedicina frente al padecimiento*. V Jornada de Jóvenes Investigadores Instituto de Investigaciones Gino Germani, Univ. Buenos Aires, Argentina.
- _____ (2017). *Idiomas del dolor crónico. Experiencias y saberes a partir de la migraña*. Buenos Aires: Biblos.
- DÍAZ-MÉNDEZ, Cecilia y GONZÁLEZ-ÁLVAREZ, María (2013). “La problematización de la alimentación: un recorrido sociológico por la publicidad alimentaria (1960-2010)”. *Empiria. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, n° 25, enero-junio, Madrid, pp. 121-145.
- EGUÍA, Amalia Cristina y ORTALE, María Susana (2004). “Reproducción y pobreza urbana”. *Cuestiones de Sociología. Revista de Estudios Sociales*, n° 2, pp. 21-49.
- EPELE, María (1997). *La lógica del (auto) cuidado y sus consecuencias en la institucionalización del VIH/SIDA*. V Congreso de Antropología Social. La Plata, Argentina.
- _____ (2007). “Etnografía, fragmentación social y drogas: hacia una política de las miradas”, *Etnografías contemporáneas*, vol. 3, n° 3, pp. 117-143.
- _____ (2008). “Privatizando el cuidado: desigualdad, intimidad y uso de drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina”. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, núm. 6, enero-junio, Universidad de los Andes, Bogotá, pp. 293-312.
- ESTEBAN, Mari Luz (1997). “El cuidado de la imagen en los procesos vitales. Creatividad y ‘miedo’ al descontrol”. *Kobie, Serie Antropología Cultural*, n° VIII, Bilbao, Bizkaiko Foru Aldundia-Diputación Foral de Bizkaia, pp. 27-54.
- FAO (2016). *La malnutrición, en el punto de mira*. Disponible en: <http://www.fao.org/news/story/es/item/456001/icode>. Fecha de consulta, 10/06/2020.

- FISCHLER, Claude (1995). *El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama.
- _____ (2010). “Gastro-nomía y gastro-anomía. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación moderna”. *Gazeta de Antropología*, nº 26.
- FLANDRIN, Jean-Louis y MONTANARI, Massimo (2011). *Historia de la alimentación*. Gijón: TREA.
- FOUCAULT, Michael (1977). “Historia de la medicalización”. *Educación Médica y Salud*, vol. 11, nº 1, pp. 3-25.
- _____ (1996). *La historia de la medicalización, La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- _____ (2005). *La hermenéutica del sujeto/The Hermeneutics of the Subject: Cursos Del College De France, 1981-1982/Lectures at the College De France, 1981-1982*, vol. 237. Madrid: Akal.
- GERMOV, John y WILLIAMS, Lauren T. (1996). “The Sexual Division of Dieting. Women’s Voices”. *Sociological Review*, nº 44, pp. 630-647.
- GIDDENS, Antony (2006). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GRACIA ARNÁIZ, Mabel y COMELLES, Josep (2007). *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria.
- KATZ, Mónica (2010). “Comer: práctica individual, práctica social”, en: Katz, M., Aguirre, P. y Bruera, M. (2010), *Comer. Puentes entre la alimentación y la cultura*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- LE BRETON, David (2007). *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- LIPOVETSKY, Gilles (1997). “La tercera mujer”. *Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura*, nº 37.
- LÓPEZ-FONTANA, Constanza Matilde, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, Miguel Ángel y MARTÍNEZ, José Alfredo (2003). “Obesidad, metabolismo energético y medida de la actividad física”. *Revista Española de Obesidad*, vol. 1, nº 1, pp. 29-36.
- LUPTON, Deborah (1996). *Food, the Body and the Self*. Londres: SAGE.
- MENÉNDEZ PATTERSON, María Ángeles (2008). “Avances científicos en nutrición y alimentación”, en: Díaz Méndez, Cecilia y Gómez Benito, Cristóbal (coords.), *Alimentación, consumo y salud*. Barcelona: Fundación “La Caixa”, pp. 56-80.

- MESSER, Ellen (1995). “Un estado de la cuestión. Perspectivas antropológicas sobre la dieta”, en: Contreras, Jesús (comp.), *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- MONTANARI, Massimo (2004). *La comida como cultura*. Gijón: TREA.
- PECHENY, Mario, MANZELLI, Hernán y JONES, Daniel (2003). *Vida cotidiana con VIH/Sida y/o Hepatitis C*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Serie de Seminarios Salud y Política Pública.
- POULAIN, Jean Pierre (2002). *Sociologies de l'alimentation*. París: Presses Universitaires de France.
- RODRÍGUEZ GUARÍN, Maritza y GEMPELER RUEDA, Juanita (2014). “Trastornos del comportamiento alimentario”, en: Escobar, Juan Manuel y Uribe Restrepo, Miguel (comps.), *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Medicina.
- ROSE, Nikolas (1989). *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self*. Londres: Routledge.
- _____ (1996). “El gobierno en las democracias liberales ‘avanzadas’: del liberalismo al neoliberalismo”. *Archipiélago*, n° 29, pp. 40-60.
- ROSSI, Paolo (2013). *Comer*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- SALDAÑA, Carmina (2001). “Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario”. *Psicothema*, vol. 13, n° 3, Universidad de Oviedo, pp. 381-392. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713304.pdf>. Fecha de consulta, 10/06/2020
- SCRIBANO, Adrián (2008). “Sensaciones, conflicto y cuerpo en Argentina después del 2001”. *Espacio Abierto*, vol. 17, n° 2, abril-junio, Universidad del Zulia Maracaibo, pp. 205-230.
- SONTAG, Susan (2003). *La enfermedad y sus metáforas / El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.
- VIGARELLO, Georges (2011). *Historia de la obesidad. Metamorfosis de la gordura*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- WOLF, Naomi (1990). *El mito de la belleza*. Barcelona: Emecé.