

La vida en estigma: salud y normalidad en las corporalidades no hegemónicas

Stigmatized lives: health and normality in non-hegemonic corporalities

María de Jesús López Alcaide¹

Resumen

La salud es vista como un valor universal dentro de las sociedades modernas; pero su construcción hegemónica, a través de conceptos como "normalidad" o "patología", está vinculada con promedios estadísticos que lejos de corresponder estrictamente a características biológicas, son el resultado de valores situados y contingentes. Estos valores han generado diferentes estigmatizaciones y actitudes de rechazo hacia corporalidades que no entran dentro de dicha norma; para ejemplificar esta estigmatización, se ofrecen modelos de diferentes corporalidades: mujeres históricamente patologizadas por su capacidad mental, personas con discapacidades señaladas por su falta de "funcionalidad" y personas gordas designadas como enfermas perenes o en constante riesgo de enfermar y no tener una buena calidad de vida.

Palabras clave: Salud, estigma, anomalía.

Abstract

Health is seen as a universal value within modern societies, but its hegemonic construction, through concepts such as "normality" or "pathology", is linked to statistical averages that, far from corresponding strictly to biological characteristics, are also the result of situated and contingent values. These values have generated different stigmatizations and attitudes of rejection towards corporalities that do not fall within the norm. To exemplify this stigmatization, models of different corporalities are offered: women historically pathologized due to their mental health, people with disabilities identified for their lack of "functionality," and fat people designated as perennially ill or at constant risk of becoming ill and not having a good quality of life.

Keywords: Health, stigma, anomaly.

Recibido: 20/11/2023
Aceptado: 16/12/2023

¹Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, luzazul1977@gmail.com

Introducción

Las ciencias médico-biológicas modernas basan el concepto de salud en el correcto funcionamiento de los órganos del cuerpo, ordenados en sistemas interrelacionados, a saber: sistema circulatorio, respiratorio, cardiovascular, etc.; sin embargo, como analizaremos a lo largo del presente texto, muchas patologías se han asociado, y se asocian, a diversos rasgos, formas y expresiones corporales ajenas al funcionamiento de los órganos y sistemas. Visibilizar cómo algunas fisonomías están directamente ligadas a las ideas de salud y enfermedad (e incluso de capacidad o funcionalidad) nos permite reflexionar sobre la contingencia de estos conceptos y su expresión asociada a normas y valores.

Como principio analítico establecemos que la salud no es un concepto universal, ni mucho menos un valor que pueda aplicarse a todas las personas en todos los tiempos. De acuerdo con Michel Foucault (2012), la salud está asociada a un modelo disciplinar que clasifica a los cuerpos a través de la mirada médica. Dicha mirada es un sistema de producción de verdad que, a través de diversos aparatos de verificación, permite decir cuándo un cuerpo está sano o está enfermo.

Esta gestión de los cuerpos y la salud se ha aplicado en diferentes momentos: en la división sexual (femenino contra masculino), en la división por el tipo de silueta (delgados contra gordos¹) y en la división por tipo de funcionalidad (capacitados contra discapacitados); pero estas dicotomías, más que dar cuenta de fenómenos naturales o entidades nosológicas, nos hablan de las construcciones sociales de la salud a partir de normas, estigmas y valores que se dan para el tratamiento de los cuerpos no hegemónicos.

En el presente texto ejemplificaré, con algunos casos concretos, cómo se da esta gestión de los cuerpos y cómo se ejerce sobre ellos estigmatización, despersonalización e incluso deshumanización a partir de la mirada clínica y de otras construcciones sociales sobre los cuerpos que se nutren de la ciencia y la medicina ya que estas han tenido una prevalencia epistémica casi incuestionable durante un largo periodo de tiempo, sobre todo a partir del advenimiento de la modernidad.

1 Se utiliza el adjetivo gordo/gorda de manera descriptiva, con la intención de no reproducir la valoración negativa de la palabra, ni utilizar las palabras que describen el cuerpo desde la enfermedad, es decir, obeso/ o con sobrepeso.

Estigmas: las marcas corporales que distinguen lo bueno de lo malo

De acuerdo con el sociólogo Ervin Goffman:

Los griegos crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en estatus moral de quien los presentaba. Los signos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo y advertían que el portador era un esclavo un criminal o un traidor —una persona corrupta, ritualmente deshonrada, a quien debía evitarse, especialmente, en lugares públicos—. Más tarde, durante el cristianismo, se agregaron al término dos significados metafóricos: el primero hacía alusión a signos corporales de la gracia divina, que tomaban la forma de brotes eruptivos en la piel; y el segundo es la referencia médica indirecta de esta alusión religiosa a los signos corporales de perturbación física (Goffman, 1963, p. 11).

Así, Goffman establece que el estigma tiene un componente corporal que permite distinguir a los extraños, a los otros y a los enfermos de un grupo social; además, este alimenta sus distinciones con rasgos morales, es decir que los cuerpos adquieren significado a partir de los valores particulares de lo que en cada época se consideren defectos de carácter individuales o sociales.

Los defectos individuales se perciben, por ejemplo, como falta de voluntad, apego a pasiones tiránicas o antinaturales (“vicios”), inclinación a creencias falsas y deshonestidad; mientras que los defectos sociales están asociados a la raza, la nacionalidad, la religión o la clase social. Ambos tipos se encarnan en las personas a través de características concretas como las “deformidades físicas”, el tamaño del cuerpo (o de ciertas partes del él), el color de la piel o por ciertos comportamientos y costumbres.

De esta forma, Goffman establece que en las civilizaciones occidentales modernas los estigmas funcionan como diferenciadores sociales de aquellos que están “dentro” y aquellos que se encuentran “fuera” de los valores aceptados y afirma:

el único hombre que no tiene que avergonzarse de nada es un joven casado, padre de familia, blanco, urbano, norteamericano, heterosexual, protestante, que recibió educación superior, tiene buen empleo, aspecto, peso y altura adecuados y un reciente triunfo en los deportes [de tal manera que:] todo hombre que no consiga llenar cualquiera de estos requisitos, se consi-

derará probablemente, —por lo menos en algunos momentos— indigno, incompleto o inferior (Goffman, 1963, p. 11).

En el párrafo anterior se condensan las múltiples formas corporales y morales que estigmatizan a las personas, que las diferencia y que las avergüenza: las mujeres, los viejos, las personas con discapacidad, las personas con preferencias sexuales diferentes a la heterosexual o con identidades de género no binarias, las personas racializadas, las clases sociales empobrecidas, las personas con cuerpos no hegemónicos en términos de salud, con alguna enfermedad o que sus corporalidades han sido patologizadas a partir de ciertas características biológicas (tamaño o formas) o procesos vitales (como la menstruación o el embarazo); es decir, vivimos en una convención donde se nos avergüenza constantemente por nuestra corporalidad y existimos en función de ser aceptados en este sistema de valores donde la exclusión, muchas veces, está ligada a la adecuación de los valores de la salud, como veremos más adelante.

La noción de vergüenza es central para el discurso estigmatizante ya que esta emoción no es individual, sino un agente social y político mediante el cual se construyen relaciones desiguales. La vergüenza se presenta de forma displacentera y siempre asociada a la exposición pública de nuestras corporalidades, de nuestras supuestas carencias o faltas; esta emoción surge cuando, por acto u omisión, se rompe una norma social y su potencia radica en que puede orientar actitudes hacia las personas, regular sus conductas o propiciar castigos y exclusiones para quienes no se ajusten a las pautas sociales corporales y/o de comportamiento.

Así, cada sociedad construye su noción de “ser humano normal” en una mezcla de características corporales y valores atribuibles a los cuerpos. No obstante, de acuerdo con Goffman, dos de las instituciones sociales que (de manera más explícita) han contribuido a hacer concreta la idea de “ser humano normal” son las instituciones burocráticas (Estado-Nación) y las médicas, que crean, reproducen y sostienen estos valores por medio de la exigencia de su encarnación. Por ello, continuamos con la descripción del origen de la medicina como institución clasificadora de los cuerpos normales como sanos y los cuerpos anormales como patológicos.

Las anomalías no son patologías, pero parecen...

En los siglos XVIII y XIX, la medicina moderna comienza a tomar forma y empieza a demarcarse de otras disciplinas (como la botánica o la alquimia) para construir un campo de estudio y actuación donde se trata de entender el origen de los males corporales y sus posibles curaciones; poco a poco se pasa de una mirada que pone el énfasis en el equilibrio de los humores corporales² a una mirada moderna que trata de manera descriptiva y patológica³ la anatomía humana.

De acuerdo con Michel Foucault (2012), la medicina moderna fijó su fecha de nacimiento en los últimos años del siglo XVIII, cuando la mirada positiva (de lo visible y lo enunciable) se hace presente en la evaluación de las patologías a través del método racional de la observación empírica:

La aparición de la clínica, como hecho histórico, debe identificarse con el sistema de [diferentes] reorganizaciones. Esta nueva estructura está señalada, pero por supuesto, sin quedar agotada por el cambio ínfimo y decisivo que ha sustituido la pregunta ¿Qué tiene usted?, con la cual se iniciaba en el siglo XVIII el diálogo del médico y del enfermo, con su gramática y estilos propios, por esta otra en la cual reconocemos el juego de la clínica y el principio de todo su discurso: ¿Dónde le duele a usted? (Foucault, 2012, p. 20).

Este enfoque médico, y su mirada positiva, es uno de los principales dispositivos en la creación y consolidación de lo que significa ser “un humano normal”, señalando en múltiples casos, como patológica o enferma a la otredad corporal. Según Georges Canguillhem (1971), lo normal y lo patológico canónicamente aparecen como una dicotomía indisoluble de un mismo fenómeno: la salud; sin embargo, Canguillhem problematiza esta dicotomía y afirma que el concepto de “normal”, dentro de la medi-

2 La teoría humoral, basada en los preceptos galénicos e hipocráticos, consideraba que la enfermedad era el producto de un desequilibrio entre diferentes humores que secretaban ciertos órganos del cuerpo, así, establece que: “los cuatro órganos cardinales segregan los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra), con unas mezclas características de las cuatro cualidades, las cuales forman, asimismo, análogamente, los elementos aire, agua, tierra y fuego: así tenemos las relaciones sangre-corazón-aire, flema-cerebro-agua, bilis negra-bazo-tierra, y bilis amarilla-hígado-fuego (...) de ahí la medicina medieval desarrollará la doctrina de los cuatro temperamentos (sanguíneo, flemático, melancólico y colérico), que no ha perdido, hasta hoy día, su plausibilidad en la vida cotidiana”. (Böhme y Böhme, 1998, p. 198-199)

3 En esta época, en términos de conocimiento médico y de lo que se consideraban las causas de las enfermedades, se inició un cambio con la introducción del concepto de “la anatomía patológica” al que dieron vida Rudolf Virchow (1821-1902) y otros notables médicos.

cina, tiene su origen en el establecimiento dieciochesco de las medidas corporales como la manera científica de encontrar patrones o repeticiones constantes en las formas y tamaños de los cuerpos, pero que, más allá de su tarea de clasificación, no tienen una relación con la salud o la enfermedad de los cuerpos.

También afirma que “lo normal no tiene la rigidez de una determinante que valga para toda la especie, sino la flexibilidad de una norma que se transforma en relación a las condiciones individuales” (Canguillhem, 1971, p. 145); es decir, lo normal no es un reflejo objetivo de las características biológicas de las personas, sino que esta categoría responde a una serie de pautas construidas de forma colectiva, a través de valores históricamente situados y socialmente cambiantes. De tal manera que lo patológico, visto comúnmente como su contraparte, no necesariamente se encuentra en las formas, tamaños o funciones corporales menos frecuentes.

Además, afirma que una anomalía “es un concepto puramente empírico o descriptivo, es una desviación estadística” (Canguillhem, 1971, p. 98) por lo que no es equivalente a los conceptos de “monstruosidad” ni de enfermedad; sino que las anomalías corresponden más bien a la variabilidad de las especies y pueden ser funcionales o morfológicas, adquiriendo su carácter negativo en los procesos sociales.

Posteriormente, Michel Foucault (1992) retoma los argumentos de Canguillhem para explicar la manera en que los valores adjudicados a las corporalidades también están relacionados con el poder que, desde distintos aparatos disciplinarios, se ejerce sobre la vida con el fin de administrar, regular y controlar los cuerpos. Es el poder quien establece las nociones de lo normal y lo anormal, lo correcto y lo incorrecto, lo aceptable de lo inaceptable, lo verdadero, lo falso y su ejercicio. En la época Moderna ha dejado de estar encarnado en una persona, distribuyéndose en la sociedad de maneras verticales, en las relaciones cotidianas, por ejemplo, entre médicos y pacientes, pero, sobre todo, el poder se ejerce desde las relaciones de disciplina y autovigilancia, ya que las personas internalizan los valores y criterios de clasificación, llevándolas a hacer todo lo posible, mediante la autocontención, para entrar en los parámetros aceptados.

Foucault asocia los discursos sobre los cuerpos a un tipo de dominación específica que denomina “biopolítica”, la cual se ejerce (no necesariamente de manera negativa o represiva) a través de instituciones como la medicina, en la que, a través de su mirada y conocimientos,

se han etiquetado a los cuerpos en múltiples clasificaciones binarias: como desviados o normales, higiénicos o antihigiénicos, saludables o enfermos, controlados o descontrolados; etiquetas que, al final, sirven para regular los comportamientos sociales, fijar sus límites y hacer que los cuerpos y los sujetos que los encarnan sean productivos, eficientes y útiles.

En este marco explicativo, son tanto las normas y los valores asociados a los cuerpos como el ejercicio del poder disciplinario los elementos centrales que nos sirven para entender cómo ciertos cuerpos (en este caso, los femeninos, los que tienen alguna discapacidad y los gordos) están perenemente estigmatizados y/o patologizados, ya que salen de las frecuencias y los rangos designados como “normales” en términos de formas y de funcionalidad; sin embargo, también cabe preguntarse ¿A partir de qué cuerpos se establecen las medias, los promedios y las funciones considerados normales? De acuerdo con Goffman, la medida de la “normalidad” son los cuerpos de los hombres, blancos, jóvenes, heterosexuales, etc. y todos los demás cuerpos, con frecuencia, se caracterizan de manera subsidiaria, precaria o deficiente.

Para el presente texto, metodológicamente, se hace el recorte y explicación de tres tipos de corporalidades consideradas históricamente como descontroladas, inestables o enfermas, a saber: 1) las corporalidades femeninas que no sólo han sido patologizadas por sus funciones vitales (embarazo, menstruación o lactancia), sino también por sus formas y tamaños; poniendo como ejemplo el caso de sus cerebros, considerados “más pequeños” en relación con los cerebros de los hombres, lo que supuestamente explicaría su “inferioridad mental”. 2) Las corporalidades con alguna discapacidad que se consideran “objetos” de reparación constante por representar una anomalía funcional en términos de velocidad, productividad y rendimiento. 3) Las corporalidades gordas asociadas al riesgo inminente de contraer enfermedades mortales, además de pensarse como flojas, descuidadas y sin movimiento.

Los ejemplos ofrecidos, intentan ser un modelo de las corporalidades disidentes que retan tanto al biopoder médico y sus clasificaciones epistémicas, como a la estigmatización social que durante largos periodos históricos los ha señalado como indeseables. Son pues, cuerpos en constante resistencia a la normatividad que los patologiza.

La inferioridad mental de las mujeres

Podemos analizar el tratamiento médico de los cuerpos femeninos del siglo XIX, cuyos principales rasgos subsisten, en muchos casos, hasta nuestros días. Las ciencias biológicas de la época contribuyeron a la creación del modelo de lo “femenino”, asignándoles a las mujeres características estigmatizantes y de subordinación sustentadas en algunos rasgos corporales, por ejemplo: la capacidad de parir las colocó en un nivel de inferioridad respecto de los hombres porque sus labores se ligaron con la domesticidad, con lo privado, con el mundo de lo reproductivo; a decir de Julia Tuñón: “las mujeres han sido asociadas, definidas y confundidas con su cuerpo” (2008, p. 17). Mientras que los hombres se encuentran en un nicho históricamente asociado a lo racional o lo cultural, donde sus cuerpos son un instrumento para la creación, la política y el ejercicio de lo público, por lo que siempre se han situado en un escalafón superior en comparación con las corporalidades femeninas.

Y es la ciencia, a través de la construcción de datos que parecen ser puramente biológicos, descriptivos y normativos, la que ha contribuido a reproducir la división dicotómica y jerárquica de estos cuerpos. Un modelo científico estigmatizante lo encontramos en el trabajo de Paul Julius Moebius (1853-1907), neurólogo y psiquiatra alemán que escribió y difundió un texto intitulado *La teoría de la inferioridad mental de la mujer*. De acuerdo con Amparo Gómez Rodríguez (2005), el trabajo de Moebius, que postulaba la deficiencia mental de la mujer como “natural”, no fue solo el resultado del análisis de datos estadísticos sobre los tamaños y formas de los cerebros como él mismo afirma en su estudio; sino que, para examinar los datos recabados, tuvo un “background assumptios” (Gómez, 2005, p. 480), donde los supuestos de base y los valores de la época sobre los cuerpos femeninos fueron determinantes tanto para el planteamiento de su estudio, como para la presentación de sus resultados. En primer término, Moebius tenía como contexto o “background assumptios” la teoría de la evolución, que establecía el innecesario desarrollo mental de las mujeres porque había llegado a su punto máximo cumpliendo su función reproductiva:

En el *Origen de las especies* (1871) Charles Darwin plantea que las hembras no evolucionaron en la misma proporción que los machos porque el gasto de su potencial en la labor reproductiva limitó su desarrollo físico y mental y quedaron fijadas a pasiones y emociones, con poca posibilidad para ejercer la justicia y la moralidad. Esta condición biológica las hace

aptas, no obstante, para cuidar y nutrir a los niños (Weitz, 1988; citado en Tuñón, 2008, p. 44).

En segundo término, Moebius tiene como telón de fondo el avance de la frenología, ciencia que buscaba patrones en el tamaño y forma de los cráneos humanos con el fin de establecer diferencias y especificidades de desarrollo principalmente entre distintas razas. Entonces, partiendo de los datos frenológicos de otros científicos de la época, estableció como premisa de su teoría que el peso y el tamaño mayores de los cerebros masculinos, así como ciertos aspectos, determinaban no sólo una diferencia morfológica respecto de los femeninos, sino también una diferencia funcional entre ambos sexos, que coloca a las mujeres fuera de la norma corporal de la época.

Finalmente, pero no menos importante, los postulados de Moebius se basaban en la concepción del dimorfismo sexual, que fija la existencia de dos formas corporales para la misma especie (macho y hembra) con diferencias morfológicas radicales y excluyentes; en otras palabras, al pertenecer a una forma, se tienen características que jamás aparecerán en la otra y además estas son exhaustivas, lo que implica que aparecen de manera universal en todos los seres pertenecientes a dicha especie.⁴ En este sentido, en la teoría de Moebius también jugaron un papel importante los valores androcéntricos asociados al dimorfismo sexual en la especie humana, predominantes en la ciencia, donde la medida de todo conocimiento es el hombre blanco e ilustrado.

Es en este contexto que Moebius llegó a establecer su teoría de la inferioridad mental de las mujeres, afirmando que:

En todos sentidos queda completamente demostrado que en la mujer están menos desarrolladas ciertas porciones del cerebro sumamente importantes para la salud mental como las circunvoluciones del lóbulo frontal y temporal; y que esta diferencia existe desde el nacimiento (Moebius, 1900, p. 8).

Los datos que recabó le sirvieron para construir frecuencias entre las formas y tamaños de los cerebros masculinos y los cerebros femeninos, pero las normas y valores que se desprenden de estos le sirvieron para

4 Aún hoy, muchos estudios neurológicos siguen reproduciendo la idea del dimorfismo sexual, ya no a partir de las diferencias de tamaño o forma, sino a partir de su funcionamiento diferenciado (por ejemplo: se dice que los hombres usan más partes asociadas a la lógica o matemáticas); además de los postulados de la producción hormonal diferenciada, que siguen implicando la idea de que existen diferencias jerárquicas entre cuerpos masculinos y cuerpos femeninos.

postular “normalidades” en los hombres y “anomalías” e inferioridad en las mujeres, lo que devino en una teoría estigmatizante que, como vemos, expresó los valores históricos asignados a los cuerpos de las mujeres y sus habilidades, determinando que eran “naturalmente” más sensibles que racionales y que sus tareas, evolutivamente, estaban asociadas a la reproducción, y más aún, las colocaba como “enfermas mentales” a partir del tamaño de ciertas regiones cerebrales. Así constatamos, cómo la ciencia médico-biológica construye la idea de salud con base en una serie de valores y normas que jerarquizan los cuerpos masculinos sobre los femeninos.

Réquiem por la norma⁵

Los cuerpos con alguna discapacidad son otro ejemplo de cómo ciertas características corporales (que pueden ser de nacimiento o adquiridas) devienen en estigmas encarnados por normas o pautas que organizan la vida pública y dictan lo saludable y lo enfermo, lo permitido y lo prohibido, lo bello y lo feo, lo funcional y lo disfuncional, lo valioso y lo despreciable en una sociedad determinada.

De acuerdo con Patricia Brogna (2006, p. 57), históricamente, podemos encontrar diferentes perspectivas de la discapacidad que van desde la visión que promueve su exterminio o aniquilamiento, la visión que sacraliza o dota de propiedades mágicas a los cuerpos con alguna discapacidad, la visión que los pone como objetos de caridad y/o represión, la visión asistencialista que pugna por ofrecerles paliativos para “atenuar” su condición, la visión social que pone énfasis en las estructuras sociales que no están preparadas para entender y atender sus características, hasta la visión médico-reparadora que ve a las corporalidades con alguna discapacidad como “condiciones de posibilidad” para ser “curados” y “reintegrados” a las funciones “normales” de las sociedades capitalistas; ésta última, para los fines de este texto, nos interesa de manera particular por ser un modelo con una prevalencia epistémica de largo alcance que aún prevalece.

Brogna explica que a mediados del siglo XIX se empieza a usar la palabra “normalidad” dentro del mundo de la medicina causando un gran impacto en la clasificación anatómica y funcional de los cuerpos (2006,

⁵ En este apartado tomaremos como referencia la vida de Lorenza Böttner: mujer trans, sin brazos y artista multifacética cuya primera exposición monográfica internacional dedicada a su obra fue intitulada así.

p. 57); por lo que, aquellas corporalidades que no entraban dentro de esta "normalidad" fueron etiquetadas como enfermas, y por lo tanto, sujetas al intento de curarlas o "repararlas", cuya aspiración máxima es volver o acceder al estatus "normal", siendo esta la lógica que se aplica a los cuerpos con alguna discapacidad física o mental. En este sentido, se han desarrollado toda una serie de terapéuticas (aparatos, cirugías, fármacos) que no son sino intentos variopintos de "restauración de lo normal", que no pueden reducirse total y sencillamente al mero avance del conocimiento, sino que deben pensarse desde la vocación médica del control de los cuerpos.

De esta manera, las diferencias corporales de las personas con discapacidad respecto de los "cuerpos normales" han servido para que la medicina nombre y estigmatice con una "identidad deficitaria" a quienes tienen o viven con una condición corporal o mental particular; así, se les ha categorizado de manera negativa como deformados, maltratados, lisiados, pero, principalmente, como enfermos a raíz de no tener las mismas capacidades de movilidad, conocimiento y/o autonomía que los cuerpos llamados "normales".

Esta visión donde sólo los cuerpos con movilidad y/o funcionalidad, en términos de producción y reproducción económica, son sanos y deseables, es conocida como capacitismo y de acuerdo con Robert McRuer (2010), la idea de que es obligatorio tener un cuerpo capacitado para acceder al estatus de sanidad, se presenta como natural; sin embargo, esta obligación está producida por dispositivos de control como la medicina y cubierta con la apariencia de opción.

Por lo anterior, el modelo médico de la discapacidad se enfoca, hasta la fecha, en curar o corregir estos cuerpos a través de prótesis, cirugías, aparatos, terapias y medicamentos que los reincorporen a la "funcionalidad" más que a la salud, obviando todos los procesos sociales que impiden el libre desarrollo de las personas con discapacidades, que las estigmatiza y relega en todos los ámbitos. No obstante, hay corporalidades que ponen en tensión y cuestionan este modelo médico capacitista y estigmatizante, por ejemplo, encontramos la vida y obra de Lorenza Böttner, artista chilena, transexual, que perdió sus brazos en un accidente a los ocho años y construyó su propia identidad a través de la transgresión de todo el modelo médico-capacitista descrito.

Ella migró en 1973 de Chile a Alemania, después del accidente donde perdió los brazos, y en ese país desarrolló una amplia carrera como artista plástica (a través de la pintura y el dibujo) y conceptual (a través

del performance), cuestionando y desplazando la figura hegemónica de las manos como extremidades creadoras. Su personalidad es descrita por Mateo del Pino en los siguientes términos:

Lorenza se construye performáticamente, desde lo que podríamos llamar un erotismo lúdico cotidiano y privado que deviene público, para lo cual alude a un espectáculo suyo, al que define como provocativo, que consistió 'en un aseo personal matutino, desde peinarme a ducharme, pasando por la limpieza de mi trasero en el bidet y todo ello hecho con mucho erotismo' (2019, p. 43).

Imagen 1. Lorenza Böttner

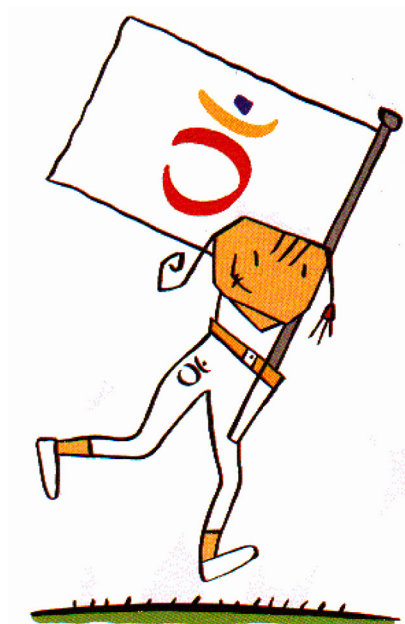


Fuente: (Cuesta, 2019)

Böttner, en su obra artística, hacía énfasis en lo cotidiano y lo privado, intentando desmarcarse de la etiqueta de la discapacidad y de la visión salutista de la medicina; así, es posible verla⁶ tanto creando obras monumentales como vistiéndose, comprando sus alimentos o cocinando con los pies; siendo una "disidente corporal". Su obra y personalidad fueron tan relevantes que incluso inspiraron la creación de Petra, quien es la mascota de los juegos paralímpicos de 1992 en Barcelona; además de ser aludida por el escritor chileno Roberto Bolaño en uno de sus cuentos intitulado la Estrella distante.

⁶ Existe un corto sobre su vida llamado Portrait of an Artist que muestra su vida cotidiana mientras pinta, nada, se viste, cocina y algunos de sus performances. Puede verse en: <https://www.youtube.com/watch?v=Sd6bJSSI-sg>

Imagen 2. Petra, mascota paralímpica de Barcelona 1992



Fuente: <https://www.paralympic.org/es/barcelona-1992/mascot>

Lorenza Böttner, a través de sus prácticas culturales y artísticas (e incluso en su vida cotidiana), hizo una crítica al modelo médico-capacitista que pugna por intervenir en la situación vital de los individuos con discapacidades con el fin de “incorporarlos” a la sociedad a través de la “corrección” de sus cuerpos, de sus “deficiencias” y destacándolos sólo cuando “a pesar de su condición” pueden hacer “cosas normales”. Lorenza rompe con esta visión y se reapropia de su cuerpo a través de “sus fallas” (Mateo del Pino, 2019, p. 45).

Con este ejemplo, vemos nuevamente como la gestión de los cuerpos no normativos está dada a partir de la mirada clínica que pretende, siempre y en todos los casos, incorporarlos a la funcionalidad revestida de salud y en aquellos casos donde no es posible, o no se desea incorporarse a la norma, el estigma se hace presente, deteriorando su personalidad hasta llegar a la deshumanización de aquellos que no pueden ver, que no pueden caminar, que no pueden escuchar o que no pueden percibir el mundo como la mayoría de las personas.

Obesidad: la falta de salud y movilidad perenes

El siglo XVIII también demostró su pasión por la construcción de normas de salud a través de la medición de los cuerpos, de su tamaño y su peso, empezando a configurar la gordura como una enfermedad. De acuerdo con Georges Vigarello (2010), la historia de la gordura, más que mostrarnos la trayectoria de un problema médico o biológico, nos permite ver los cambios temporales en la sensibilidad social respecto a las formas y siluetas de los cuerpos; sin embargo, en el imaginario colectivo actual, existe la idea arraigada que si hablamos de gordura hablamos de un problema de salud.

Vigarello (2010) también afirma que en Europa, hasta la edad media avanzada, los cuerpos grandes eran socialmente apreciados por representar la fuerza y el vigor en una época de constantes hambrunas y falta de alimentos; estableciendo que, los cuerpos gordos eran asociados a ciertas características morales como la pereza o la gula. No será hasta el siglo XVIII que esta característica corporal se relacione a un problema de salud, lo que además profundizará los estigmas sociales que se relacionan con estos cuerpos y que hoy permanecen vigentes, a saber: la falta de moderación, la carencia de voluntad y la poca funcionalidad y movilidad. Ya para el siglo XVIII, las siluetas y morfologías de los cuerpos son un primer indicio de la salud de las personas; se empiezan a buscar patrones, regularidades y relaciones entre los tamaños y el peso de las personas con el fin de establecer y fijar límites entre “buenas o malas” constituciones; también, comienza el uso y desarrollo de ciertas tecnologías que permiten la medición de los cuerpos como balanzas, cintas métricas, espejos, etc., que ayudarán a poner “puntos de corte” entre los cuerpos hegemónicos (normales) y los que representan anomalías, comenzando su patologización y consecuente estigmatización como insalubres.

La estigmatización, durante el surgimiento y auge del capitalismo, tacha a las personas de cuerpos gordos de flojas y las pone como símbolos de lo decadente y de aquello que es incapaz de actuar o moverse rápidamente; esto en una época donde el liberalismo asciende con sus valores de libertad, individualismo y autonomía.

En el siglo XIX, el matemático, astrónomo y naturalista belga Adolphe Quetelet, en su Ensayo sobre el hombre y sus facultades (1835), retoma las ideas de medición de los cuerpos en relación con su estatura y su peso, creando tablas para comparar los pesos relativos de personas de distintas estaturas y tomando como referencia normativa a los hombres

blancos y europeos de la época; no obstante, su idea se ha trasladado hasta nuestros días, estableciendo la construcción de “tipos ideales de pesos”, que se ven reflejadas en medidas como el Índice de Masa Corporal (IMC)⁷ que, aunque puede servir como un instrumento comparativo entre personas y sus peso, no es un indicador de salud.

Finalmente, la consolidación de la gordura como una patología se gestó a finales del siglo XIX y principios del XX en ámbitos disímboles como la medicina (Rail, 2012), la industria de los seguros (Sánchez, 2022) y la industria de la belleza y el bienestar (Vigarello, 2009).

A partir de entonces, la gordura se empieza a leer como un dato objetivo, transparente y hasta obvio de la enfermedad presente y, sobre todo, de la enfermedad futura; siendo el corolario de actitudes individuales rasgos de personalidad negativos o incluso formas de pensar dañinas que necesitan combatirse con una serie de medidas que han ido desde ejercer presión en las carnes (piénsese en el corsé o las fajas de cualquier tipo), pasando por los más diversos regímenes alimenticios o de ejercicio, la ingesta de fármacos (recuérdese el uso y prescripción médica de las anfetaminas en los años setenta y ochenta con el “particular” efecto secundario de provocar adicción y otros problemas de salud), y, más recientemente, las cirugías bariátricas.

Todas estas medidas pueden inscribirse en lo que Valerie Harwood (2009) denomina como “biopedagogías” que describen las prácticas normalizadoras ejercidas por los propios individuos, desde la autodisciplina, en un afán de vigilancia constante de los cuerpos:

En los contextos contemporáneos las biopedagogías se traducen en instrucciones sobre la bios: cómo vivir, cómo comer, cuánto comer, cómo moverse, cuánto moverse. La función de las biopedagogías sería impartir conocimiento para crear sentido y están vinculadas a dar forma a identidades y deseos de la vida (Harwood, 2009; citada por Energici y Acosta, 2020, p. 12).

Como parte de esta vigilancia, se culpa a las personas gordas por su fracaso moral, por no poder prevenir la enfermedad, por el declive de sus cuerpos, por no tener autocontrol, por comer mucho, por no ejercitarse, por no dormir bien, por estresarse o deprimirse, por todo lo que,

⁷ El protagonismo contemporáneo del IMC “se debe a que despliega un lenguaje científico positivista que invoca un aura de verdad, confianza y transparencia” (Energici y Acosta, 2020, p. 10); sin embargo, muchas son las críticas que se le han hecho a este modelo por ser una medida arbitraria que, en realidad, no considera las diferencias contextuales o físicas al relacionar la altura con el peso de un cuerpo sin tomar en cuenta otras características corporales como las proporciones de grasa, músculo o masa ósea.

personalmente, hagan mal y las siga manteniendo gordas; pero, ¿Qué pasa cuando hacen “todo bien” y tampoco logran bajar de peso? La mirada médica (omnipresente y onnisapiente) las pondrá en su lugar: las mujeres gordas mienten, pero sus cuerpos las delatan con la “aplastante verdad” de sus hábitos y falta de disciplina.

Mientras que el biopoder regula y disciplina a los cuerpos, existen muchos ejemplos de personas con cuerpos gordos que se deslindan de estos marcadores de vida, de salud y de alimentación; poniendo énfasis en que su cuerpo no necesariamente está determinado por la enfermedad y son capaces de moverse de maneras que parecieran vedadas por sus cuerpos, a través de la velocidad y/o la flexibilidad.⁸

Para poner un ejemplo contemporáneo de estas resistencias al poder y sus biopedagogías, tenemos a la instructora de yoga y escritora Jessamyn Stanley que, siendo una mujer de talla grande y afrodescendiente, da clases de yoga por internet,⁹ y afirma que “no importa tu aspecto, puedes ser gorda y aun así enseñar yoga” (Stanley; citada por Ochoa, 2017). Ella afirma que desde los 16 años fue excluida de diversos espacios, entre ellos los estudios donde se impartían clases de yoga, por lo que decidió estudiar yoga y enseñarla de manera abierta sin estereotipos de raza, género o peso.

Stanley, que se describe a sí misma como una “mujer gorda”, alecciona a la comunidad virtual con sus posturas diarias. Fotos en ropa interior y en bikini, sin complejos, y con la única voluntad de participar en una comunidad que no se encasille por un prototipo corporal. Stanley comenzó con el Bikram Yoga en 2011, después se pasó al Yoga, pero decidió practicar a diario en su casa desde hace dos años porque los profesores siempre pensaban que era una principiante debido a su peso. Fue entonces cuando creó su cuenta y fue ganando fama entre la comunidad yogui (El País, 2017).

El trabajo de Stanley trata de enfocarse en la visibilidad de la diversidad corporal y el derribamiento de estigmas en torno a los cuerpos gordos: según su sitio web oficial, Stanley utiliza lo que denomina “energía vinyasa” como una forma de brindar positividad a sus alumnos, ayudándoles a preguntarse “¿Cómo me siento?” en lugar de “¿Cómo me veo?” al practicar yoga (Stanley; citada por Ochoa, 2017).

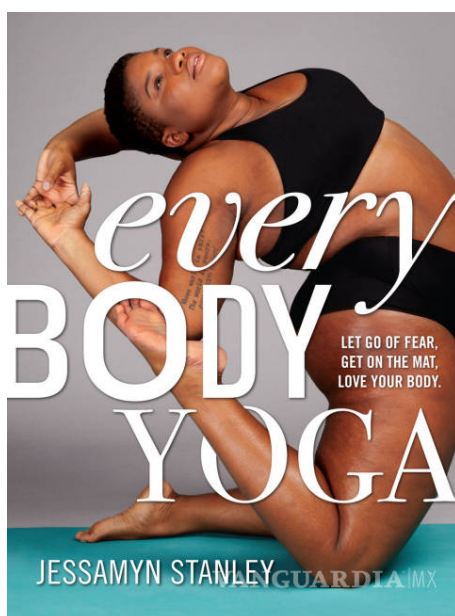
8 Además del caso de Yessamyn Stanley, que describiremos a continuación, se pueden ver las carreras de Diane Bondy, Fer Arnaud, Martinus Evans, Latoya Snell, Allé Kamela; o, personas gordas que no se dedican al atletismo de manera profesional pero sí al ejercicio intenso como parte de su rutina o trabajo, está el caso de la cantante Lizzo y su reality show: Bigggirls.

9 Puede consultar su contenido en su página oficial: <http://jessamynstanley.com/>

Su práctica demuestra cómo se puede tener movilidad y salud en un cuerpo gordo; no obstante, su pretensión no es hacer un espectáculo de sus clases, porque de acuerdo con ella: “a veces, en lugar de llevar a gente a que se interese más por el yoga, son más de decir “¡Wow! Miren lo que los gordos pueden hacer. Y se vuelve un show” (Stanley, 2017).

Jessamyn no quiere mostrarse como una excepción, sino como una inspiración para cualquiera que desee practicar yoga a través de un compromiso espiritual real, y liberarse de la “cultura de las dietas” sin buscar la validación de otros.

Imagen 3. Jessamyn Stanley



Fuente: (Ochoa, 2017).

A pesar de que Stanley promociona un estilo de vida desde el movimiento y la positividad corporal, los artículos citados recibieron cientos de respuestas, la mayoría, alineadas al discurso salutista que percibe su cuerpo como enfermo; así, la gente le dice que: “no se le critica por estar gorda, se le critica por decir que está sana”, o “en flexibilidad no le quito mérito pero eso no es estar saludable”, que se traducen en el apego a la salud como valor máximo e incuestionable que lleva a no reconocer el trabajo o el esfuerzo de las personas gordas, diagnosticándolas directamente como enfermas sin conocer nada sobre sus vidas, hábitos

o condiciones. Finalmente, se llega a la misma conclusión de siempre cuando se muestran públicamente los cuerpos gordos: “están haciendo apología de la obesidad”. Están siendo juzgados desde el aparato de la “normalidad corporal” descrita en este texto.

Imagen 4. Comentarios en RRSS sobre Jessamyn Stanley



Corolario

De esta forma, nos preguntamos por el origen y alcance de los conceptos de salud y normalidad; con los ejemplos propuestos notamos que estos conceptos son contingentes y no la expresión de datos naturales u objetivos que, además de estar apegados a valores y normas de cada época, generan visiones estigmatizadas de ciertos cuerpos, como los femeninos, aquellos con alguna discapacidad o los cuerpos gordos.

De acuerdo con Sandra Caponi, concluimos que: “la salud no pertenece al orden de los cálculos, no es el resultado de tablas comparativas, leyes o promedios estadísticos” (1997, p. 289), sino que también pertenece al ámbito de la subjetividad, con construcciones dadas a partir de corporalidades como las presentadas (trans, discas o gordas), que, a pesar de ser consideradas (desde la visión médica estandarizada) como “anomalías” o variaciones de la norma, tienen procesos de vida que se

pueden relacionar con el placer, el dolor, el bienestar e incluso a la resistencia que las hace vivir “la salud” a partir de sus particularidades.

Y más allá, sus corporalidades también van en contra del valor de la salud como una obligación personal, como una necesidad individual:

Al contrario de ciertos médicos siempre dispuestos a considerar las enfermedades como crímenes porque los interesados son de cierta forma responsables, por exceso o por omisión, creemos que el poder y la tentación de tornarse enfermo es una característica esencial de la fisiología humana. Transponiendo una frase de Paul Valéry, se puede decir que “la posibilidad de abusar de la salud forma parte de la salud (Canguilhem, 1971, p. 153).

Es preciso pensar en un concepto de salud capaz de contemplar y de integrar la capacidad de administrar en forma autónoma ese margen de riesgo, de tensión, de infidelidad, y porque no decirlo, de “malestar” con el que inevitablemente todos debemos convivir (Caponi, 1997, p. 300).

En el caso de las corporalidades femeninas, estas han estado patologizadas desde diversas ramas de la propia medicina como la ginecología, la obstetricia o la psiquiatría y, en el caso mostrado, por la entonces llamada frenología, pero el ejemplo nos sirve para ilustrar claramente la manera en que la entidad que llamamos “salud” también está condicionada por los valores y normas de una época; juicios que pueden devenir en escenarios de estigmatización como considerarnos “mentalmente inferiores” o en sus versiones modernas lo que Cordelia Fine, Daphna Joel y Gina Rippon (2019) llaman “neurosexismo” que habla de la manera en que los estudios neuro-científicos actuales siguen estableciendo diferencias jerárquicas entre los cerebros masculinos y femeninos

Lo mismo sucede con las otras corporalidades consideradas “anormales”, como las gordas o con alguna discapacidad, sus marcas corporales devienen en despersonalización, donde más que humanas son objetos sin funcionalidad, sin voluntad, sin voz y enfermas perpetuas ya que la salud se coloca como un valor supremo que no atiende otras estimaciones, ni acepta la diversidad corporal existente en el mundo.

Este análisis nos permitió repensar cómo y por qué han sido clasificados estos cuerpos como insanos o poco funcionales; también nos dejó ver cómo se ha ejercido sobre ellos la estigmatización y el deterioro de sus personalidades. (Goffman, 1963). Por lo que se puede afirmar que los cuerpos no normativos mostrados representan la diversidad humana; en términos de Canguilhem: “la diversidad no es la enfermedad. Lo anómalo no es lo patológico. Lo patológico implica pathos sentimiento

directo y concreto de sufrimiento y de impotencia, sentimiento de vida contrariada” (Canguilhem, 1971: 101). Lo que no sucede en los casos presentados, son fuente de resistencia a la normatividad.

Referencias bibliográficas

- Bird Room (11/08/2017). *Lorenza Böttner - Portrait of an Artist* (short Documentary) [video]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Sd6bJSSI-sg>
- Böhme, G. y Böhme H., (1998). *Fuego, agua, tierra, aire: una historia de la cultura de los elementos*, Herder.
- Brognia, P. C., (2006) *La discapacidad: ¿Una obra escrita por los actores de reparto? El paradigma social de la discapacidad: realidad o utopía en el nuevo escenario latinoamericano*. Tesis para obtener el grado de maestra en estudios políticos y sociales. UNAM, FCPyS.
- Canguilhem, G., (1971). *Lo normal y lo patológico*. México, Siglo XXI.
- Caponi, S., (1997). Georges Canguilhem and the epistemological status of the concept of health en: *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (2), julio-octubre 1997, pp. 287-307.
- Cuesta, M. (09/01/19). *Lorenza Böttner: Un cuerpo en contra de su destino* [Imagen]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/cultura/laesferadepapel/2019/01/09/5c2f8dabfdddfdd64a8b4679.html>
- El País (18/03/2017). *Jessamyn Stanley demuestra que el yoga no es solo para persona...* [video] Disponible en: https://es-es.facebook.com/elpais/videos/10154358348031570/?comment_tracking=%7B%22tn%22%3A%22O%22%7D
- Energici S., M. y Acosta G. E., (2020). El estudio de la obesidad y la gordura desde la sociología y la psicología social en *Athenea Digital* - 20(2), julio 2020.
- Fine C. Joel, D Rippon, G., (2019). *Eight Things You Need to Know About Sex, Gender, Brains, and Behavior: A Guide for Academics, Journalists, Parents, Gender Diversity Advocates, Social Justice Warriors, Tweeters, Facebookers, and Everyone Else*. Disponible en: <http://sfonline.barnard.edu/neurogenderings>
- Foucault, M., (1992). *Microfísica del poder*. Madrid, La Piqueta.
- Foucault, M., (2012). *El nacimiento de la clínica*. México, Siglo XXI.

- Goffman, E., (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Gómez R., A., (2005) Ciencia y valores en los estudios del cerebro en *ARBOR. Ciencia, pensamiento y cultura*, 716, noviembre-diciembre 2005.
- Harwood, V. (2009). Theorizing Biopedagogies, en: Wright, Jan y Valerie Harwood. *Biopolitics and the Obesity Epidemic. Governing bodies*. New York, Routledge.
- Mateo del Pino, Á., (2019). Subjetividad transtullida. El cuerpo/corpus de Lorenza Böttner en *Anclajes*, vol. XXIII, número 3, septiembre-diciembre 2019, pp. 37-57.
- McRuer, Robert. (2010). Compulsory able-bodiedness and queer/disabled existence en: *The Disability Studies Reader*. 383-392.
- Moebius P. J., (1900). *La inferioridad mental de la mujer*. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra/la-inferioridad-mental-de-la-mujer-la-deficiencia-mental-fisiologica-de-la-mujer-1070269/>
- Ochoa, J., (4/09/ 2017). *Jessamyn Stanley: Amor por el yoga y la aceptación del cuerpo* [en línea] Disponible en: <https://vanguardia.com.mx/vida/jessamyn-stanley-amor-por-el-yoga-y-la-aceptacion-del-cuerpo-MQVG3330396>
- Paraolympic.org (s.f). *Mascota paralímpica de Barcelona 1992* [en línea] Disponible en: <https://www.paralympic.org/es/barcelona-1992/mascot>
- Quetelet, A., (1835) *Sur L'homme et le développement de ses facultés, ou Essai de physique sociale*. Disponible en: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k81570d/f22.item>
- Rail, G., (2012). The Birth of the Obesity Clinic: Confessions of the Flesh, Biopedagogies and Physical Culture en *Sociology of Sport Journal*, 2012, 29, pp. 227-253.
- Sánchez G. L., (2022). Obesidad: ¿epidemia global o responsabilidad individual? en *Interdisciplina. Obesidad/es*, Volumen 10, número 26, enero-abril del 2022.

- Stanley, J. (2017). *Fat Yoga Teacher Inequality and Judgment* [video]
Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=N3aZw284Y2w&t=115s>
- Tuñón, J. (2008). *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*. México, El Colegio de México/CES.
- Vigarelo, G., (2009). *Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Vigarelo, G., (2010). *La metamorfosis de la grasa. Historia de la obesidad*. Barcelona, Península.