**X Jornadas de Jóvenes Investigadores**

**Instituto de Investigaciones Gino Germani**

**6,7 y 8 de Noviembre de 2019**

Ana Lucía Larriel Gayoso

Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires

analarriel@gmail.com

Maestranda en Estudios Interdisciplinarios de la Subjetividad - Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires

**Eje 8**

**¿Que es un cuerpo gordo si no es un cuerpo enfermo? Categorías críticas para analizar las representaciones del discurso médico sobre los cuerpos gordos.**

**Introducción**

*“Que un elefante ocupa mucho espacio lo sabemos todos. Pero que Víctor, un elefante de circo, se decidió una vez a pensar "en elefante", esto es, a tener una idea tan enorme como su cuerpo... ah... eso algunos no lo saben, y por eso se los cuento”*

*Un elefante ocupa mucho espacio - Elsa Bornemann*

Este trabajo presenta coordenadas para realizar una lectura crítica sobre las maneras en que el discurso médico hegemónico genera representaciones sobre los cuerpos gordos.

Palabras como: sobrepeso, obesidad, problemas cardiacos, colesterol, falta de control, baja autoestima, pandemia. Se hallan todas asociadas a la gordura y circulan socialmente fundamentadas en el discurso médico.

En nuestro contexto social un cuerpo gordo es igual a un cuerpo en exceso.

Desandar algunos de los caminos que contribuyen a instalar estás representaciones permite que movilicemos las construcciones cristalizadas en torno a la gordura, conmoviendo lo presentado como natural para abrir las grietas por donde otro sujeto gordo sea posible.

Se hace necesario que podamos ubicar qué conceptos de corporalidad están ahí operando, qué idea de salud trae aparejada y de qué forma son los vínculo de poder con el sistema neoliberal hetero cis patriarcal.

Trabajando a partir de documentos de la Organización Mundial de la Salud, podremos dejar al descubierto algunas contradicciones que muestran que el lugar de donde se sostiene la idea del cuerpo gordo como un cuerpo enfermo, no es el de la descripción fenomenológica, sino un enlace que anuda el saber médico con el poder de mercado de la industria médica de la dieta.

De manera tal que lo que se considera un cuerpo sano, no configura solo el campo de lo saludable, sino también, el campo de lo deseable. Un cuerpo sano es algo que se desea y en nuestro sistema neoliberal y patriarcal ese concepto siempre se corresponde a un cuerpo blanco, flaco y heterosexual.

Si sacamos el campo del deseo de lo íntimo/privado y lo colocamos en el campo político, se podrá hacer visible que lo que se desea estará siempre íntimamente ligado con lo que es habilitado como deseable socialmente.

El proceso de patologización al que están sometidos los cuerpos gordos, los expulsan no solo del campo de lo normal y de lo sano, sino y al mismo tiempo, los desalojan del campo del deseo.

Si partimos de la idea de que un sujeto gordo es mucho más que la suma de sus kilos, la pregunta por los procesos y mecanismos que lo configura abre la puerta a todo un campo de problemas.

**¿De qué cuerpo hablamos cuando hablamos de cuerpo gordo?**

Cuando hablamos de cuerpos gordos todo parecería reducirse a un problema de medidas: de medidas de diámetros, de medidas de peso, de medidas saludables, de medidas mórbidas o medidas patológicas.

El problema del peso, en ciertos marcos discursivos, es efectivamente un problema de medidas; pero no por el exceso desde el que se definen estos cuerpos, sino por la regla misma con que se mide.

El discurso médico al que hacemos referencia es una forma particular que se desprende del paradigma médico occidental y se denomina Modelo Médico Hegemónico. Las principales características de este modelo según Menéndez (1988) son: “biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría , autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento el consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico”

Menéndez acentúa que el rasgo predominante es el biologicismo y este garantiza la cientificidad del modelo, organiza y subordina las demás características de forma tal, que la explicación principal para pensar los estados de salud/enfermedad es la causalidad orgánica Así : “Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo causal, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad”.

Desde este paradigma el cuerpo está pensado como un cuerpo máquina: “que lleva, entre otras cosas, a las inconsistentes separaciones entre las partes de un todo, entre la mente y el cuerpo, y entre el individuo, la sociedad y el universo; a la búsqueda de certidumbres y de verdades absolutas; a la creencia en la causalidad lineal como única forma de relación; y a la subvaloración de la subjetividad” (Menéndez, 1988)

La representación del cuerpo como máquina asocia el organismo humano a un conjunto acabado de partes en funcionamiento apropiado, si todos los componentes de la máquina están presentes, realizan su función y sus conexiones con otros elementos funcionan bien, entonces, la máquina en su conjunto debería funcionar bien. Esta es la idea base que predomina a la hora de pensar el buen funcionamiento del cuerpo o el estado de salud.

Aunque los discursos han cambiado de forma a lo largo de los años, creemos que sigue siendo preponderante está visión mecanicista del cuerpo y que se expresa de forma potente en las descripciones que hace el discurso médico de los cuerpos gordos.

Para poder trabajar sobre esta línea tomaremos documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya que este organismo internacional forma parte de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y es quien se encarga de los asuntos de sanidad internacional. Monitoreando y delineando políticas de salud pública que son sugeridas a todos los estados miembros de la ONU con el objetivo explícito de alcanzar el grado más alto de salud para la población mundial.

La OMS categoriza la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1948) Esta conceptualización de salud como constructo interrelacionado fue revolucionaria al discutir directamente con las concepciones mecanicistas del cuerpo. Proponiendo una distancia con los conceptos de salud que reducen el cuerpo a su funcionamiento interno , hace posible poder pensar el estado de salud/enfermedad más allá de la patología anatómica.

Siguiendo esta definición un solo indicador clínico: peso, altura, presión arterial, cantidad de glóbulos rojos en sangre, temperatura, etc. No podría alcanzar jamás para diagnosticar una enfermedad. Para poder hacer un diagnóstico sería necesario contar con por lo menos más de una variable sumada a la información que nos brinda la persona que consulta: condiciones de vida, situación habitacional, socioeconómica, familiar, etc.

¿Qué ocurre en el caso de los cuerpos gordos? Para plantearlo pensemos la siguiente escena: una persona gorda ingresa a un consultorio de salud, el médico lx ve, el paciente aún no habló, el médico anota en la historia clínica: obesidad. Su primera sugerencia al paciente es bajar de peso, le recomienda una dieta hipocalórica y lx despide extendiendo las órdenes para realizarse análisis clínicos. El paciente sale de la consulta con un diagnóstico sin haber emitido una palabra.

En esta escena podemos ver lo que se repite constantemente en los consultorios en el momento en que una persona gorda ingresa: un diagnóstico anticipado. Esta forma de diagnóstico forma parte de los procesos de patologización de la gordura, en tanto, ubica a la persona como enferma partiendo de concepciones previas, anticipadas al encuentro con el paciente y no como resultado de estudios o relevamiento de información, que puedan indicar en esa persona cuál es su estado de salud/enfermedad.

El diagnóstico anticipado es una operación que se realiza afirmativamente y que prescinde de toda información real sobre el estado de vida del paciente: sus variables clínicas, molestias corporales, presencia de dolor, etc. El sujeto queda completamente anulado de la escena para quedar debajo de las palabras que lo señalan como enfermo y anormal.

En estos movimientos de patologización: ¿cuál es el concepto de salud funcionando?

Creemos que el concepto de salud que aquí opera es aquel que, pensando al cuerpo como máquina, asocia salud con normalidad y normalidad con medidas estadísticas estándar. El peso considerado normal por frecuencia estadística se convierte así en el indicador que marca el límite exacto donde se inicia la patología.

De esta forma, como nos dice Canguilhem (1966): “lo normal sería aquello que se vuelve a encontrar en la mayoría de los casos de una especie determinada, o aquello que constituye el promedio, ya sea el módulo de un carácter mensurable”*.* Está normalidad pensada en términos de regularidad es la fuerte herencia del positivismo que aún hace mella en nuestros discursos actuales sobre el cuerpo y la salud.

La definición de sobrepeso y obesidad que utiliza la OMS sigue esos mismos lineamientos. En tanto “parecería que existe una definición objetiva y absoluta de lo normal, a partir de la cual toda desviación más allá de ciertos límites sería tachada lógicamente de patología” (Canguilhem,1966).

La OMS define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa. Utilizando el IMC (índice de masa corporal) [1] se determina que cuando este es igual o superior a 25 hay sobrepeso y cuando es igual o superior a 30 kg/m² se trata de obesidad.

La norma opera para determinar lo que se acepta y lo que se excluye y está construcción tiene tal potencia , que en el caso de las definiciones de la OMS, se sostiene entrando incluso en contradicción con sus propios lineamientos sobre salud y enfermedad.

Un buen ejemplo para ver cómo funciona esta representación de lo normal como medida estándar, es la utilización de la hipótesis calórica como hipótesis causal universal para explicar el sobrepeso. La OMS en su página web define: “La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas”. A esta relación entre cantidad de calorías consumidas y gasto generado se denomina hipótesis calórica y está es utilizado como explicación casi universal para explicar cómo se produce un cuerpo gordo.

La hipótesis calórica configura la asociación tan exitosa entre exceso de comida y gordura, da por sentado no solo que todo cuerpo gordo es el resultado de una relación excesiva o descontrolada con el consumo de alimentos, sino además, que existe algo así como el consumo calórico correcto o equilibrado y está medida es universal para todos los cuerpos en todos los contextos.

Ese matrimonio exitoso que enlaza la relación excesiva con la comida con la producción de cuerpos gordos circula como un saber positivo e interviene en las prácticas clínicas de los servicios de salud, actuando como hipótesis causal que guía y produce formas de intervención posible: apuntar a la ingesta o a aumentar el gasto energético.

Es sorprendente ver lo potente del funcionamiento de está hipótesis, tanto que incluso en ambientes tan controlados como lo pueden ser ámbitos de internación hospitalaria psiquiátrica (en situación de encierro, con porciones de alimentos controladas, horarios restringidos de consumo y sin contacto con el mundo exterior). Si el paciente aumenta de peso, las explicaciones que se activan de manera automática son las referidas a la hipótesis calórica, aun cuando ambas variables (ingesta y gasto energético ) se hallen completamente controladas. El problema vuelve a ser el la máquina del cuerpo, o sea el paciente , el problema recae completamente sobre el sujeto y jamás en la revisión de la hipótesis que se utiliza para pensar la situación.

La utilización tan masiva de la hipótesis calórica ha dado lugar y lo sigue haciendo a una millonaria industria de la dieta, que basa la mayor parte de sus fundamentos en esta idea de que modificando la ingesta o el gasto calórico se podrá reducir el excedente corporal (sea kilos o tejido adiposo).

La amplia gama de dietas, productos de dieta, suplementos dietarios y tratamientos que prometen reducir kilos, circulan y se consumen con la promesa del adelgazamiento. Promesa imposible de realizar ya que la hipótesis en que se sustenta es falaz y no existe algo así como una sola forma de explicar cómo un cuerpo llega a ser lo que es, lo que sí existe es la producción de universales para aplastar todo el espectro de las diferencias corporales.

**Todo lo que no mata engorda**

Introducimos el concepto de biopoder para poder ubicar “esa gran tecnología de doble faz” ( Foucault, 1989) que se despliega en la constitución de un cuerpo, en esas dos caras, la primera se halla centrada en el cuerpo en tanto cuerpo máquina , busca educarlo, integrarlo y controlarlo. Y la segunda sitúa al cuerpo en lo que el autor denomina una biopolítica de la población, pensándolo en tanto cuerpo especie: en sus formas de reproducirse, de nacer , de morir, de mantenerse saludable o enfermo.

Al discurso médico hegemónico se lo puede situar en ambas caras. En tanto dispositivo de control en las intervenciones que se realizan directamente sobre los cuerpos en la práctica clínica. Pensemos en las operaciones reductivas, la prescripción compulsiva de dietas hipocalóricas y la medicación ansiolítica asociada al consumo

Y cómo biopolítica de la población, en la medida en va generando representaciones, en apariencia descriptivas, que parecen dar cuenta del estado de situación de hechos reales en el mundo. Pero dejan oculto, no solo su carácter de construcción situada, sino su vínculo con el mercado y con los sistemas de poder.

De esta forma , en tanto que estas representaciones (cuerpo, salud, enfermedad y exceso) sean enunciadas desde un lugar de hegemonía, serán reproducidas como norma y funcionarán como modalidades identificatorias. Así en el movimiento entre los ejes de saber- poder, saber médico y poder de mercado, se va dando forma a la idea de buen cuerpo que a partir del siglo pasado y cada vez con más fuerza es un sujeto encarnado en un cuerpo sano que siempre es un cuerpo flaco.

El cuerpo sano, en tanto ideal, no operará sólo, como categoría identitaria y nominativa, sino como un verdadero dispositivo que funda en el mismo movimiento en que se enuncia el campo de lo exterior a sí mismo: el límite donde se inicia lo patológico.

Los cuerpos gordos - lo quieran o no - al no ser flacos, encarnan lo que no es saludable, lo anormal, lo enfermo, lo indeseable.

El cuerpo gordo se va construyendo en la circulación de estas representaciones performáticamente como lo define Judith Butler (2002) : “a través de esa práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra”.

El discurso médico construye un cuerpo gordo que queda definido por el exceso y la comida y esta representación se reproduce una y otra vez (en imágenes, en prácticas, en chistes , en la forma de circulación de los afectos) hasta volverse verdadera.

El deseo entra por la ventana para marcar lo que se quiere y para delimitar lo que lo que se expulsa del ser o del querer. Aunque circule socialmente como la representación de un mundo interno, aquí queremos situar en línea con el enunciado popularizado por [Carol Hanisch](https://es.wikipedia.org/wiki/Carol_Hanisch) en 1969 y retomado con potencia por el movimiento feminista local los últimos años : que lo personal es político, y el deseo también.

Por eso preguntamos :

**¿Quien desea un cuerpo gordo?**

*Pero nosotros nunca estaremos “buenos”*

*Yo nunca estaré “buena”*

*Nunca seré buena*

*Nunca estarás buena - Gordx el que lee*

El psicoanálisis, particularmente, los aportes de Lacan , han hecho posible la ubicación del deseo y su relación con el lenguaje, el deseo , lo que uno experimenta como deseo está íntimamente vinculado con el hecho de que la subjetividad se constituye para los seres humanos en relación con la palabra.

Los seres humanos tenemos la característica de hablar y más aún , de ser hablados por otros antes de poder hablar. De los demás mamíferos nos diferencia el lenguaje y también la dependencia tan grande de los otros durante los primeros momentos de nuestra vida.

La posibilidad de subsistencia , de conseguir abrigo y alimento por nuestros propios medios , lleva años. Y en ese tiempo prolongado la dependencia al otro se instala de forma asimétrica, tan necesaria como violenta.

Son los otros quienes a través de sus palabras irán dando forma al mundo que nos rodea y también a nosotros mismos como parte de ese mundo: “el psicoanálisis nos muestra en esencia lo que denominaremos la captura del hombre dentro de lo constituyente

de la cadena significante (...) Si el hombre habla, para hablar ha de entrar en el lenguaje y en un discurso preexistente” (Lacan, 1958)

Así las palabras con las que constituimos lo que llamamos deseo serán también las palabras del otro , en términos de Lacan (1958) : “el Otro es quien hará que un significante u

otro esté presente o no en la palabra”.

Las palabras con las que estos otros nos nombran surgen de los discursos que circulan socialmente, cómo el discurso médico. La cadena significante se compone así de las representaciones sociales que nombran y dan forma a una sociedad en un momento sociohistórico determinado.

El deseo , propio y ajeno , es entonces el resultado de una construcción colectiva, intergeneracional y política, en tanto las representaciones sociales se construyen en vínculo con un mercado que imprime su poder en el acto de nombrar.

Si lo gordo queda fijado a la idea del exceso, la enfermedad y lo anormal. ¿quién puede desear eso? La respuesta que da el discurso médico hegemónico y el mercado es la misma: nadie. Nadie puede desear ser gordo o querer a xn gordx, la única forma de que eso sea posible es dejando de serlo.

Reducir , ajustar, quemar, operar, desaparecer. Esas son las condiciones en que un cuerpo gordo puede circular en el mercado del deseo, solo a costa de su inexistencia.

**A modo de conclusión**

El esfuerzo por discutir las representaciones sociales tan instaladas que se montan sobre el discursos médico surgen de mi propia experiencia como persona gorda.

Con el fundamento de lo “científico” las violencias salen a la calle con tal impunidad que lastiman y hieren incluso a aquellos que tenemos las herramientas políticas para desmontarlas.

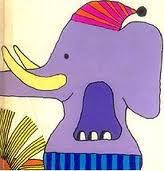
Las palabras que nos golpean , golpean más fuerte , porque la mayoría de las veces son las mismas palabras con las que nos subjetivaron.

“Gorda”, “vaga”, “obesa”, “enferma” son los insultos que me gritaron y también son las palabras con las que me nombraron en mi infancia. La operación no es sencilla, no es por extirpación , no es por reiteración de alguna frase “positiva” y definitivamente no es pensando que el problema se reduce a carencia de amor propio y la salida a través de conseguirlo.

La misma Butler nos señala de que el hecho de que la reiteración sea necesaria , es una señal de que la materialización de los cuerpos por los sistemas de nominación del poder nunca es completa.

Y es esa esa incompletitud donde creemos que hay una salida posible. Es por donde vamos viendo las brechas , las ranuras por donde aquello que escapa a la norma pueden constituirse de otra forma que no sea la anormalidad , la violencia y el dolor.

Brechas que sean quizás lo suficientemente amplias para poder hacer pasar un elefante entre los cuerpos ideales: “porque todos sabemos que un elefante ocupa mucho, mucho espacio…” (Bornemann, 1975)



**Bibliografía**

Butler, Judith, Cuerpos que importan, trad. Alicia Bixio, Buenos Aires, Paidós, 2002 [ed. orig., 1993] pp. 53­94, 313­339.

Bornemman, Elsa. Un elefante ocupa mucho espacio. Buenos Aires, 1975.

Contrera Laura, Cuello Nicolás. Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne, Buenos Aires, Madreselva 2016

Foucault, Michel, Historia de la sexualidad, I. La voluntad de saber, Capitulo V . Derecho de muerte y poder sobre la vida. México, Siglo Veintiuno, 1989 [1976].

Lacan, J. Seminario 6. El deseo y su interpretación.Buenos Aires, Paidós 2014.

Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988

<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/> <http://origin.who.int/topics/risk_factors/es/>