

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CULTURALES-MUSEO**



**LA CULPA ES MÍA: EL PRESTIGIO DE LAS MUJERES
GORDAS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ESTUDIOS SOCIOCULTURALES

PRESENTA:

SONIA MARRÓN ALONSO

BAJO LA DIRECCIÓN DE

**SERVANDO ORTOLL ESTRADA
RAÚL BALBUENA BELLO**

MEXICALI, B.C., DICIEMBRE DE 2014.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
Por qué decidí estudiar la gordura	1
Antecedentes	5
Planteamiento del problema	10
Pregunta originadora	10
Justificación	11
Preguntas especificadoras	14
Sujetos	15
<i>Sujetos específicos</i>	16
Objetivos específicos	16
Objetivo general	17
Gordura y delgadez: ¿Por qué gordas?	17
Respecto a la delgadez	20
CAPÍTULO I: EL PENSAMIENTO OCCIDENTAL	23
Antigua Grecia y cuerpo	23
Antigua Grecia y el cuerpo gordo	28
CAPÍTULO II : CONTEXTO	31
Medicalización del cuerpo gordo	31
Healthismo	38

La situación en México	42
CAPÍTULO III: TEORÍA DE GRUPOS DE REFERENCIA	58
Pertinencia de la teoría de grupos de referencia	58
Tipos de grupos de referencia funcionales	60
Pertenencia	62
No pertenencia	64
Grupos de referencia positivos y negativo	70
Colectividades y categorías sociales	72
CAPÍTULO IV: ESTIGMA	74
Estigma y gordura	74
Estigma, gordura e identidad	79
Estigma, gordura e información social	87
Estigma y control social	90
CAPÍTULO V: DISEÑO	100
Campo epistemológico	100
Conclusiones	107
Referencias	118

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis fue una experiencia transformadora. Me es difícil creer lo mucho que cambie desde que comencé el borrador de esta tesis en el 2011. Comprendí lo mucho que aún debo aprender y lo mucho que me queda por recorrer. Esto, seguirá siendo una ardua labor en mi vida profesional. En lo que concierne a esta maestría, admito que tengo mucho que agradecer a las personas que me acompañaron durante el proceso. Las ideas que expongo en esta tesis germinaron en el 2010 con la ayuda de Golda Poretsky. Su pasión por ayudar a otros, y su dedicación para desmitificar la gordura cambiaron mis prejuicios y concepción sobre las personas gordas. Eso, me ayudó a pensar la gordura desde otro ángulo. Agradezco también su apoyo para lograra deshacerme “la dieta” de una vez por todas, y presentarme la opción de *Health at Every Size*.

También quiero agradecer a todo el personal médico y personas sin las que tal vez hoy no estaría viva. A la Química Janeth Luna que se encargó de todos mis exámenes de laboratorio, a mi hematóloga la Doctora Norma Tapia que siempre hizo lo posible por darme el mejor tratamiento y buscar las mejores alternativas para mi bienestar. A las enfermeras de quimioterapia del turno de la mañana, Karina y Yolanda que siempre me brindaron la mejor atención, a pesar de del exceso de pacientes. Y a la Psicóloga María Luisa Reyes. A todas ellas, agradezco su atención siempre cálida, involucrada y libre de prejuicios para sus pacientes.

Mi maravillosa familia me apoyó en todo momento con su amor. Les agradezco porque en un primer momento me ofrecieron amor, comprensión, cuidaron mis

desvelos, y me ofrecieron transporte. Y por que durante mi enfermedad fueron mis proveedores de cuidado y soporte incondicional. A mi papá Ramiro Marrón Valencia, mi mamá Delia M. Alonso Estrada; mi hermano, Ramiro Marrón Alonso y mi tío Conrado Marrón Valencia que me sacaron a flote en tiempos difíciles. A mi tío Jorge Alonso Estrada, que aunque lejos, me ofreció todo la ayuda posible con mi tratamiento. A Yohanna Parra Tramontini, que hizo hasta lo imposible por conseguir mi afiliación al IMSS y a mi novio Rigoberto Álvarez González que siempre me ofreció su hombro para llorar en los peores momentos y se mantuvo a mi lado a pesar de la adversidad.

Durante este proceso también conté con la ayuda de mis directores de tesis, amigos y mentores: Servando Ortoll Estrada y Raúl Balbuena Bello. Ambos fueron una gran influencia en mi formación. Debo agradecer a Servando que desde el mismo momento de mi entrevista de selección se mostró genuinamente interesado por mi proyecto. Con sus ideas siempre originales, me enseñó a pensar en términos distintos y a darle un giro a lo clásico. Jamás impuso su pensamiento, siempre me motivó a pensar por mi misma, a seguir rutas inesperadas y plantear cuestiones originales. Creo que jamás encontraré las palabras adecuadas para agradecer su gran amistad. Me ofreció su apoyo incondicional como si yo fuese parte de su familia durante mi enfermedad y recuperación. Eso es algo invaluable para mí.

Raúl, siempre me respaldó sin ningún tipo de condición. Desde que apliqué a la maestría, me ofreció su recomendación, apoyo académico y moral. Siempre me animó a superar mis propias expectativas y a lograr lo que me parecía imposible cuando no creía en mí misma. Si no fuera por Raúl, probablemente jamás habría terminado esta

tesis. Raúl estuvo involucrado en esta tesis desde el primer día, hasta el último. Siempre propuso discusiones pertinentes a mi tesis a niveles que a menudo escapaban a mi comprensión, y me incitó a pensar a ese nivel siempre. Debo agradecer su amistad, y sensatez. También, por estar siempre al pendiente de mí, y por creer que soy capaz de lograr mis metas.

Gracias también a Conacyt sin cuyo financiamiento mi paso por la maestría habría sido muy difícil. Conacyt financió casi la totalidad del material bibliográfico de esta tesis. Agradezco al personal académico y administrativo del Instituto de Investigaciones Culturales UABC. A todos mis maestros, gracias por compartir su perspectiva y conocimiento, aún cuando no siempre estuvimos de acuerdo en todo. En especial, agradezco a Everardo Garduño por su paciencia y comprensión a mi ausencia y limitaciones durante el semestre en que recibí quimioterapia. También tuve un gran apoyo de todo el personal administrativo para continuar la maestría. Habría sido tan sencillo dejarme manejar mis problemas sola, pero siempre obtuve de ellos apoyo incondicional para continuar mis estudios y realizar mis trámites. A Luis Ongay, a Paty Chavez y a Julio Guerrero, muchas gracias.

Debo agradecer también a Pattie Thomas y Lonie McMichael de quienes recibí gran inspiración y siempre estuvieron dispuestas a resolver mis dudas cuando las tuve. Gracias a la comunidad de *fat activists*, especialmente a Shannon Russel, Reagan Chastain, Marylin Wann, Lindsey Averill y Viri Leiberman de quienes siempre obtuve información e impresiones sobre las que reflexionar, y que con sus discusiones ampliaron mi percepción de la gordura como fenómeno cultural y social.

Finalmente, aunque no menos importante debo agradecer a mis amigos por permanecer pacientes e incondicionales: a Lizbeth Vidal, Alex Higuera, Jorge Grijalva, Carola Rendón, Iris Juárez, Diana González, Violeta García, Artemisa Arrollo, Atziri Romero, José Manuel Contreras, María Auxiliadora y a su hija Angélica. A todos, agradezco sus ideas, su gran apoyo emocional, por interesarse en mi bienestar y por dejarme aprender de todos ustedes.

INTRODUCCIÓN

Por qué decidí estudiar a la gordura

La felicidad consiste en kilos perdidos... al menos eso creía hace unos años, cuando la báscula dominaba entonces mi estado de ánimo y estaba convencida de que la máquina marcaría un número mágico: un número que me haría sentir completamente segura y satisfecha conmigo misma. Pretender que mi vida personal no tiene que ver con la elección de la temática que me dispongo a estudiar sería tan ingenuo como incongruente ¿Cómo hacer del cuerpo un tema de investigación sin primero reconocer mi propia experiencia corporal? El cuerpo es la parte más básica de la experiencia humana. A través de mi cuerpo, experimento y logro auto-percibirme. Esta visión de mí misma, influye en cada decisión que tomo; incluso en el ámbito intelectual.

Siguiendo el pensamiento de W. Ray Crozier y Paul Greenhalgh,¹ es imposible separar mi auto-percepción de las interpretaciones que hago del mundo que me rodea; tampoco puedo escapar de mi propia historicidad. Por esta razón, rescato la autobiografía como herramienta reflexiva. Deseo que el lector comprenda a través de mi historia desde qué postura parto; bajo qué óptica desarrollo esta investigación y por qué decidí estudiar la gordura como un fenómeno social y cultural.

Mi incursión en el mundo de las dietas comenzó a los nueve años. Yo ignoraba entonces que el tamaño de mi cuerpo era problemático. Usaba pantalones talla 5 de mujer adulta, y eso no significaba nada para mí, más allá del tamaño de mi ropa. Mi papá, que es médico, estaba consciente de ello. Cuando él y mi mamá intentaron

¹ W. Ray Crozier y Paul Greenhalgh, "Self-portraits as Presentation of Self", *Leonardo* 21.1 (1988): 29-33. Todas las traducciones de las fuentes originales en inglés en esta tesis son mías.

reducir mis porciones de comida, sospeché que mi manera de comer y mi cuerpo eran incorrectos: mi sospecha se confirmó cuando ambos me llevaron a consultar una nutrióloga. A partir de entonces ser gorda significó para mí algo más que la descripción física de mi cuerpo. Mi cuerpo se convirtió en un problema, y me convencí que había algo intrínsecamente malo con ser gordo.

Mi cuerpo y su peso se convirtieron en parte central de mi vida. Viví un ciclo de dietas “exitosas” por 16 años. Si bien lograba bajar de peso, al cabo de cierto tiempo siempre volvía a subir siete o 12 kilos. En consecuencia, terminaba nuevamente sentada en la silla del consultorio de mi nutrióloga: sintiéndome culpable y avergonzada con el constante pensamiento de que me “había portado mal”, y que había fallado. Esta escena continuó repitiéndose hasta que tuve 21 años. Así fue cómo, sin que nadie me lo dijera de manera explícita, aprendí a juzgarme buena o mala dependiendo de qué tan gorda estuviera. El tamaño de mi cuerpo se convirtió en un indicador de mi valor e integridad como persona. Pasé años así, tratando de ser delgada para sentirme adecuada y aceptada. Independientemente de la figura o del peso que tuviera, siempre me sentí gorda e inadecuada. Ni siquiera el ser deportista o buena estudiante, impidió que basara mi valía en mi peso.

A los 21 decidí que no necesitaba la vigilancia de nadie para “tomar control” de mi cuerpo: estaba convencida que controlar mi peso era cuestión de disciplina y que mis repetidos altibajos habían sido un problema de carácter. Entonces me impuse una dieta hipocalórica basada en un libro de nutrición que encontré en mi casa; me inscribí en un gimnasio y me fijé una meta de peso basada en las tablas de Índice de Masa Corporal (IMC). Gradualmente aumenté mis horas de ejercicio a dos, seis días a la

semana, y reduje mi ingesta calórica al mínimo indispensable para una mujer como lo indicaba el libro. Esto, pese a que mi papá me recomendó un mínimo más alto. Me volví controladora con mi comida: clasificaba los alimentos como buenos o malos. Cuando lograba rechazar esos alimentos “malos” me sentía orgullosa de mi misma y cuando los comía me sentía como un gran fracaso. Calculaba el valor calórico de cada cosa que ingería. Fijaba un máximo de calorías por día, y si tenía que comer fuera, generalmente me saltaba una comida. Así perdí mucho peso, pero nunca llegué a mi meta.

Esto me frustró, y mi pérdida de peso se interrumpió. Terminé subiendo y bajando de peso en los siguientes años. En 2010 llegué a pesar más de lo que nunca había pesado. Estaba drenada emocionalmente; y tuve problemas alimenticios. Restringí mi ingesta de comida durante el día; sin embargo, comía de manera automática e ignoraba mi saciedad durante la noche. Decidí detener el ciclo, aunque no sabía cómo. En esos días, navegando por la Internet en busca de alguien más que compartiera mi problema, encontré páginas de *Health at Every Size* (salud en cualquier talla) como: *Body Love Wellness*,² y *Big Beautiful Wellness*.³ Luego me topé con páginas a favor de los derechos de las personas gordas como: *Fierce Free Thinking Fatties*,⁴ y *The F Word.org*.⁵

² Golda Poretsky, *Body Love Wellness* [Blog], <http://www.bodylovewellness.com/blog/> (fecha de acceso: 24 de noviembre de 2013).

³ Liz Mc Callum *Big Beautiful Wellness*, <http://bigbeautifulwellness.com> (fecha de acceso: 24 de noviembre de 2013).

⁴ Shannon, Russel *Fierce Free Thinking Fatties* [Blog], <http://fiercefatties.com/> (fecha de acceso: 24 de noviembre de 2013).

⁵ Rachel Richardson, Charlynn Schmiedt y Greta Gleissner, *The F-Word.org* [Blog],

Mi primera reacción fue de incredulidad, porque desafiaban todo lo que yo daba por hecho respecto a las personas gordas. Conforme me relacioné con activistas a favor de los derechos de las personas gordas, mi modo de ver al problema cambió drásticamente. Entendí que la gordura, lejos de ser un problema de carácter personal o moral, es predominantemente social y cultural. Esto me llevó a investigar la gordura. Mi experiencia siguió moldeando esta tesis en forma imprevista durante mi curso por la maestría.

Mi salud era algo frágil desde que inicié esta tesis: tuve neumonía en octubre de 2012, y en los siguientes dos años sufrí infecciones menores, ganglios inflamados y cansancio extremo. Todo esto me pareció congruente con mis antecedentes y ritmo de vida. No le presté importancia y continué trabajando a marcha forzada. Reconozco que no soy excelente cuidando de mí misma, como puede leer en esta introducción tiendo a excederme: en la dieta, en el ejercicio y en el trabajo. A pesar de sentirme bastante enferma en diciembre de 2013 esperé hasta terminar el semestre para acudir al médico.

El 26 de diciembre de 2013 mi hematóloga me diagnosticó un linfoma de Hodgkin. Sobra decir que dicho acontecimiento afectó enormemente esta tesis y mi vida. Además de los cambios en estructura y tiempo resultados del tratamiento, ser un paciente oncológico inmerso en el sistema de salud público me brindó un gran aprendizaje que sigo procesando. Comprendí que la definición de la salud y la enfermedad, y cómo les encaramos socialmente es mucho más complejo de lo que el sentido común nos permite ver. Aunque la salud y la enfermedad tienen una base

<http://the-f-word.org/blog/> (fecha de acceso: 24 de noviembre de 2013).

biológica, también son conceptos cultural y socialmente definidos. En éstos intervienen intereses políticos, corporativos y económicos. Sí, el cuerpo con fallas orgánicas, infectado y deteriorado existe, pero la salud, la enfermedad y su tratamiento también son construcciones humanas.

No pretendo engañar al lector asegurando una total imparcialidad, es imposible después de lo que viví. Advierto que en esta tesis no abogo por las “dietas”, ni por moralizar a la gordura. No estoy de acuerdo en usar a la salud como brújula moral, ni en justificar la gordofobia como “preocupación” por la salud. Tampoco pretendo desmentir o afirmar el conocimiento médico. Mi intención es cuestionar el conocimiento y las normas corporales que consideramos parte del sentido común. Como expone Joseph R. Gusfield “cuando un cuerpo de pensamientos o fenómenos se toma como problemático, como algo que debe ser explicado, su naturalidad, su afirmación como “real”, es llamada a rendir cuentas”⁶.

Antecedentes

Estados Unidos vive en constante guerra en contra de la “obesidad” declarada por el gobierno y los medios de comunicación. Amy Farrel afirma que es común encontrar un tono alarmista y bélico cuando se habla de la gordura.⁷ Generalmente, los medios de comunicación y el gobierno, asocian en su discurso la gordura con catástrofe,

⁶ Joseph R. Gusfield “foreword” *Deviance and Medicalization; From Badness to Sickness*, Peter Conrad, y Joseph W. Schneider v-x (Filadelfia: Temple University Press, 1992), viii.

⁷ Amy Farrel, *Fat Shame: Stigma and the Fat Body in American Culture* (Nueva York and Londres: New York University Press, 2011), [Versión kindle]

características desagradables y comportamientos negativos. Esto evidencia una cultura altamente *gordofóbica* en Estados Unidos.⁸

Este tratamiento es muy similar al mexicano. La prensa escrita, cadenas televisivas como Televisa o TV Azteca, y el gobierno mexicano emiten mensajes en un tono similar. Los medios de comunicación publican, sin analizar, las cifras elaboradas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) sobre los índices de “obesidad” en el país. Cabe mencionar que tampoco analizan las relaciones de poder dentro de estas instituciones, o posibles conflictos de intereses. Esto lleva a interpretaciones parciales de dichas cifras. Entonces, la correlación de la “obesidad” con enfermedades como la hipertensión, la diabetes y el cáncer se convierte en causa directa de dichas enfermedades. Los medios de comunicación y el gobierno mexicano también asocian con frecuencia las palabras amenaza, costo y combate, con la gordura.

Además, coincido con Tracy Royce cuando explica que las mujeres por lo general “tienen que lidiar con estándares irreales cada vez más estrechos de belleza y la importancia que la sociedad le da a la apariencia femenina”.⁹ El tema que discuto es por lo tanto, uno que afecta de manera más directa a las mujeres, a quienes la sociedad descalifica más frecuentemente por no adherirse a estos estándares irreales de belleza. Las similitudes entre el tratamiento de los medios estadounidenses y mexicanos, y la presión social ejercida principalmente sobre las mujeres en ambos

⁸ Amy Farrel, *Fat Shame* [Versión kindle]

⁹ Tracy Royce, “The Shape of Abuse”. En *The Fat Studies Reader*, editado por Esther Rothblum y Sondra Solovay, (Nueva York y Londres: New York University Press, 2009), párr. 1 [Versión kindle].

países, provocaron que me preguntara —sin importar si estas afirmaciones de los medios y el gobierno son verdaderas o falsas—: ¿qué quiere decir esto sobre nuestra sociedad?, ¿qué es lo que se refleja en estas afirmaciones?, ¿por qué este repudio? y ¿cómo afecta todo esto a las mujeres?

En México, el número de estudios que abordan el desprestigio social relacionado con la gordura escasea. El trabajo reciente de Adriana Fuentes y Guitté Hartog “La insostenible pesadez de los prejuicios: el caso de la gordofobia en las mujeres”,¹⁰ es un estudio de tipo exploratorio que trata sobre la representación social de la belleza y la gordura. El artículo recopila las impresiones sobre la gordura de 120 mujeres por medio de una encuesta y describe la situación de discriminación que viven las mujeres gordas en Puebla.

Recientemente, los miembros de la facultad de estudios superiores Zaragoza de la Universidad Autónoma de México (UNAM) abrieron una línea de investigación psicológica sobre la “obesidad”. La línea de estudios maneja la perspectiva cognitivo–conductual. José Dahab, Ariel Minci y Carmela Rivandeneira explican en su artículo “¿Qué es la terapia cognitivo–conductual?” que la perspectiva cognitivo–conductual se caracteriza por no adscribirse a una teoría psicológica en particular; más bien es una perspectiva que se nutre de la psicología contemporánea y las ciencias del comportamiento.¹¹ La bibliografía específica de México es insuficiente, pues se enfoca

¹⁰Adriana Fuentes Ponce y Guitté Hartog “La Insostenible Pesadez de los Prejuicios: El Caso de la Gordofobia en las Mujeres”, *Revista Científica Electrónica de Psicología ICSa-UAEH*, 10 (2010), <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/psicologia/article/view/158> (fecha de acceso: 24 de noviembre de 2013)

¹¹ José Dahab, Ariel Minci y Carmela Rivandeneira “¿Qué es la terapia cognitivo conductual?”, *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 1 (2001),

principalmente en los efectos que la gordura tiene en el individuo y la representación corporal. Pero no explican las causas del desprestigio social de la gordura; cómo se legitima un determinado ideal físico en la sociedad, o qué significa esto en una sociedad como la mexicana.

En 1955, Sigmund Diamond publicó *The Reputation of the American Businessman*. En este libro intentó esclarecer cuáles eran las razones del alto prestigio de los hombres de negocios en Estados Unidos. Para lograrlo, estudió la vida de ocho hombres estadounidenses de negocios exitosos a través de sus obituarios, en varios diarios principales. Lo que me interesa rescatar de esa obra, es la intención de su búsqueda: Sigmund Diamond no buscaba la verdad sobre los hombres de negocios en sus obituarios; más bien quería “echar luz sobre un sistema de valores” que se encuentra bajo los juicios ahí escritos y que responden a las decisiones del editor.¹² De manera similar, las opiniones sociales sobre las personas gordas, responden a un sistema de valores comunes. Valores que exigen un ajuste a las normas sociales que “adoptan la forma de ideales y constituyen estándares [...]”.¹³

La similitud, entre los mensajes que los gobiernos y medios de comunicación estadounidenses y mexicanos emiten, abre la posibilidad de que existan ideales y estándares compartidos. Estas similitudes se acentúan por la cercanía geográfica con Estados Unidos, y por la emigración, la inmigración, la presencia de multinacionales y

http://www.cetecic.com.ar/revista/revista001.php/mujeresyhombres/2009/MyH_2009_2.pdf (fecha de acceso: 24 de noviembre de 2013)

¹² Sigmund Diamond, *The Reputation of the American Businessman* (Nueva York: Harper & Row, Publishers, Incorporated, 1970), 3.

¹³ Erving Goffman, *Estigma: La identidad deteriorada* (Buenos Aires: Amorrotu, 2003), 150.

los productos comunicativos estadounidenses en los medios mexicanos. Por esta razón, no descarto como inválida para mi estudio, la literatura estadounidense escrita sobre el tema de la gordura.

La literatura científica en inglés que trata la relación de la gordura con el prejuicio y el estigma es amplia. En su artículo "The Body Politic: The Relationship Between Stigma and Obesity-associated Diseases", Peter Muening argumenta desde una perspectiva médica, que la patofisiología también surge del estrés psicológico inducido por el estigma de ser "obeso". Muening concluye que: la epidemia de la "obesidad", "puede, en parte, ser causada por las construcciones sociales en torno a las normas de imagen corporal".¹⁴ En relación con el estigma, encontré útil el libro de *Estigma: la identidad deteriorada* de Erving Goffman en el que estudió el estigma desde una perspectiva sociológica utilizando el estudio de caso para "clarificar el vínculo entre el estigma y el problema de la desviación".¹⁵ Amy Farrel también analiza el estigma de la gordura en *Fat Shame: Stigma and the Fat Body in American Culture*.¹⁶ De manera similar a Sigmund Diamond, Farrel examinó desde una perspectiva histórica las raíces de la histeria contra la obesidad actual y el significado atribuido a la gordura en la cultura estadounidense. Farrel también usó el trabajo sociológico de Erving Goffman para explicar las características del estigma contra la obesidad.

¹⁴ Peter Muennig "The Body Politic: The Relationship Between Stigma and Obesity-Associated Disease", *BMC Public Health*, **8**:128 (2008), <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/128> (recuperate el 24 de noviembre de 2013), 1.

¹⁵ Erving Goffman, *Estigma*, 7.

¹⁶ Amy Farrel, *Fat Shame*, [Versión kindle].

Planeamiento del problema

Inicialmente me propuse indagar respecto a las razones específicas del desprestigio de las mujeres gordas: si el atributo, en este caso físico, no es por sí mismo deshonroso e indeseable, ¿cómo se convierte a la gordura en un atributo profundamente desacreditador en nuestra sociedad? Al reflexionar sobre esto, me percaté de que el prestigio y el desprestigio se relacionan con la imposición de normas e ideales en la sociedad. Atendiendo a las recomendaciones que hace Servando Ortoll en su libro *La Trama de la Historia*,¹⁷ planteé una pregunta inicial de carácter general desprovista de “toda referencia espacial o temporal”,¹⁸ con el propósito de guiar esta investigación y pesquisas posteriores. Servando Ortoll llama a este tipo de pregunta una “pregunta de investigación abstracta”. Una pregunta de este tipo permite “encontrar lo general dentro de lo particular [...] [Esto imbuye] de importancia nuestro trabajo”.¹⁹ Una de sus características es que “podemos analizar la misma pregunta, si nos interesa o nos apasiona, en lugares y momentos distintos”.²⁰

Pregunta originadora

Mi pregunta originadora, en su estado más abstracto es ¿mediante cuáles mecanismos sociales se imponen ciertas normas e ideales corporales a los miembros de una

¹⁷ Servando Ortoll, *La trama de la historia: anécdotas y remembranzas de un practicante*, (Mexicali: Universidad Autónoma de Baja California, 2010), 26-40.

¹⁸ *Ibid.*, 26.

¹⁹ *Ibid.*, 33.

²⁰ *Ibid.*, 38.

sociedad dada?²¹ Comprendo que es una pregunta ambiciosa para un proyecto de tesis de maestría; que abarca muchos más aspectos y sujetos de los que contemplo en este trabajo. Creo pertinente plantear dicha pregunta, porque este trabajo es parte de un proyecto extenso, que continuaré en una etapa posterior.

El problema hasta aquí no está completamente planteado. Como señala Robert K. Merton, este tipo de preguntas “constituyen un prelude a la formulación de un problema de investigación [...] la pregunta por sí misma no constituye el problema. Es sólo un componente”.²² De acuerdo a Merton deben considerarse:

tres componentes principales en la formulación progresiva de un problema [...] El primero es precisamente la pregunta originadora, que expone lo que uno quiere saber. El segundo es la lógica, que establece por qué uno quiere responder a esa pregunta en particular. Y el tercero son las preguntas especificadoras, que apuntan hacia posibles respuestas de la pregunta originadora en términos que satisfagan la lógica [de haberle planteado].²³

Justificación

Siguiendo el pensamiento de Robert K. Merton, el segundo componente para plantear un problema de investigación es indicar “por qué vale la pena hacer [dicha] pregunta [...] establece qué pasará con otras partes del conocimiento o práctica como resultado

²¹ Entiendo por mecanismos sociales “procesos sociales que tienen consecuencias designadas para partes designadas de la estructura social”. Robert K. Merton, *Social Theory and Social Structure*, (Nueva York: The Free Press, 1968), 43.

²² Robert K. Merton “Introducción” a *Sociology Today: Problems and Prospects*, coordinado por Robert K. Merton; Leonard broom y Leonard S. Cottrell Jr, ix-xxxix (Nueva York: Basic Books, 1959), xix.

²³ *Ibid.*, xiii.

de contestar la pregunta [originadora]”.²⁴ La lógica de la pregunta puede responder a razones tanto prácticas como teóricas.²⁵ Por supuesto, ambos tipos de lógica no necesariamente coinciden en todo tipo de preguntas. “En la sociología como en otras disciplinas, una pregunta que se origina sólo porque la respuesta promete extender el conocimiento, puede no tener consecuencias prácticas”.²⁶

En el caso de mi pregunta de investigación, coinciden tanto razones prácticas como teóricas: cuando se aborda un fenómeno multicausal como la gordura, desde una sola perspectiva, se fragmenta y se pierde de vista el fenómeno como un todo. Esto dificulta que el gobierno mexicano desarrolle políticas públicas que cubran las necesidades de la población de manera amplia. Habitualmente, el tema de la gordura en México se examina desde la perspectiva médica y psicológica, por lo que la perspectiva del fenómeno es limitada. Por eso, esta investigación está imbuida de una relevancia social: contribuye a acumular un cuerpo de conocimientos que ayude a entender el fenómeno desde una perspectiva más amplia. Esto, de manera indirecta, ayudará a desarrollar políticas públicas que protejan de manera más inclusiva a los ciudadanos del país en materia de salud, y derecho.

Las ciencias sociales abordan el tema predominantemente desde el enfoque de la salud mental y física del individuo. Estas perspectivas no abarcan la estigmatización ni la segregación social impuesta a la gente gorda. Éste es un problema que tiene la probabilidad de acentuarse en nuestro país, porque en México no existen grupos que

²⁴ *Ibid.*, xix.

²⁵ “Es el caso de una pregunta de la que se indica que la respuesta ayudará a los hombres a alcanzar bienes distintos al conocimiento: bienes de salud, confort, seguridad, eficiencia, y similares”. *Ibid.*, xx.

²⁶ *Ibid.*, xx.

se identifiquen como personas gordas y luchen por sus derechos. Como explican Deb Burgard, Elana Dykewomon, Esther Rothblum y Pattie Thomas en el *Fat Studies Reader*, los movimientos activistas en Estados Unidos lograron, a través de su lucha de años, crear códigos morales que han permeado en los distintos ámbitos sociales para proteger de la discriminación a diversos grupos.²⁷

Este estudio es también de relevancia académica para las ciencias sociales, porque cubre en parte un vacío de conocimiento en lo que respecta al carácter sociocultural de la gordura en México: amplía la discusión sobre el cuerpo en México, particularmente en lo que respecta a la experiencia de vivir el cuerpo. En el caso particular de mi tesis, me centro en el cuerpo gordo femenino. Sobre este tema en particular, Pattie Thomas y Carl Wilkerson también llaman la atención sobre la falta de discusión en Estados Unidos sobre la propia experiencia de vivir en un cuerpo gordo, mientras se es gordo. Principalmente por tratarse de sujetos estigmatizados:

La convención es que las únicas personas con autoridad para hablar sobre su gordura son aquellas que han perdido su gordura [...]. Solo las historias de “después” son legítimas, porque la persona que la cuenta ha probado ser digna a través de la redención y la conformidad.²⁸

Por lo tanto, es también, una aportación al bagaje de conocimientos existentes sobre las formas en que opera el estigma. Contestar esta pregunta de investigación, contribuye a expandir el conocimiento sobre la forma en que operan los mecanismos

²⁷ Deb Burgard, et al., “Are We Ready to Throw Our Weight Around?: Fat Studies and Political Activism”. En *The Fat Studies Reader*, editado por Esther Rothblum y Sondra Solovay (Nueva York and Londres: New York University Press, 2009), [Versión kindle].

²⁸ Pattie Thomas y Carl Wilkerson, *Taking Up Space*, Body Size Calculus, párr. 13 [versión Kindle].

de control social que imponen normas e ideales.²⁹ Además, como argumenta Hellen Gremillion el estudiar el tema del tamaño corporal “es potente para analizar las construcciones cambiantes sobre la naturaleza y la cultura, así como la diferencia cultural”.³⁰

Preguntas especificadoras

De acuerdo con Robert K. Merton el componente final para plantear completamente un problema son las preguntas especificadoras. “la pregunta originadora debe aún ser reestructurada para indicar las observaciones que proveerán una respuesta provisional a ésta [...]. Este objetivo típicamente requiere una búsqueda de materiales empíricos a través de los cuales el problema pueda ser investigado ventajosamente”.³¹ Como explica Robert K. Merton, en sociología muchos problemas de investigación se abordan al examinar situaciones o sucesos “que estratégicamente exhiben la naturaleza del problema”.³² Después de revisar bibliografía clave, particularmente el libro de *Estigma: la identidad deteriorada* de Erving Goffman, la teoría de los grupos de referencia de Robert K. Merton y cómo se relaciona dicha teoría con el control social y el estigma, me percaté de que el estigma de la gordura presenta una oportunidad ventajosa para responder parcialmente a mi pregunta originadora: ¿mediante cuáles mecanismos sociales se imponen ciertas normas e ideales corporales a los miembros de una

²⁹ Es por esta razón que encontré relevante incluir una “pregunta de investigación abstracta” como sugiere Servando Ortoll. Véase Servando Ortoll, *La trama de la historia*, 26-40.

³⁰ Helen Gremillion “The Cultural Politics of Body Size”, *The Annual Review of Anthropology*, 34:1 3-32 (2005), arjournals.annualreviews.org (fecha de acceso: 9 de mayo de 2014), 26.

³¹ Robert K. Merton “Introducción” a *Sociology Today*, xxvi.

³² *Ibid.* xxvi.

sociedad dada? En esta tesis sugiero que el estigma funciona como uno de estos mecanismos sociales que imponen normas e ideales corporales dominantes.

Sujetos

Tras concluir que el sitio estratégico de esta investigación sería el estigma de la gordura como mecanismo social que impone normas e ideales corporales, encontré que las mujeres son mayormente afectadas por estos factores. A continuación ofrezco al lector las razones por las que elegí únicamente mujeres para esta investigación: los datos estadísticos que el Instituto Nacional de Salud Pública publicó en 2012, clasifican a un 69.4 por ciento de los hombres mayores de 20 años y a un 73 por ciento de las mujeres mayores de 20 años en México como “obesos” y con “sobrepeso”.³³ El discurso legitimado por el gobierno y los medios de comunicación, problematiza de manera directa a las personas gordas: las relaciona con la crisis del sistema de salud, y señala a su gordura como causa directa de enfermedades.

Al mismo tiempo considero que las mujeres por lo general “tienen que lidiar con estándares irreales cada vez más estrechos de belleza y [con] la importancia que la sociedad le da a la apariencia femenina”.³⁴ El tema que discuto por lo tanto afecta de manera más directa a las mujeres, a las que se descalifica más frecuentemente por no adherirse a los ideales de belleza femenina. Por esta razón, la sociedad descalifica a las mujeres gordas: su gordura es un atributo “profundamente desacreditador”,³⁵ y

³³ “Encuesta Nacional de Nutrición ENSANUT: Resultados nacionales Instituto Nacional de Salud Pública 2012”, p.180, recuperado el 25 de mayo de 2013,

<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

³⁴ Tracy Royce, “The Shape of Abuse”, párr. 1 [versión kindle]

³⁵ Erving Goffman, *Estigma*, 13.

cuando un atributo es profundamente desacreditador (como en el ejemplo de la gordura) se estigmatiza a las personas que poseen dicho atributo. El autor además argumenta que “un atributo no es ni honroso ni ignominioso en sí mismo”.³⁶ Y que depende más bien de qué tanto se apega un individuo a lo que se espera de él: “debe advertirse también que no todos los atributos indeseables son tema de discusión, sino únicamente aquellos que son incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe ser determinada especie de individuos”.³⁷ Es por esta razón que se estigmatiza más frecuentemente a las mujeres gordas.

Objetivos específicos

Para probar mi hipótesis creo imprescindible entender la forma en que las mujeres gordas se autoperciben y cómo otros las perciben. Esto me ayudará a examinar las discrepancias y concordancias que existen entre la forma en que viven el cuerpo gordo, y cómo otros estigmatizan su cuerpo. Indagaré respecto a:

- La manera en que las mujeres gordas se autodefinen.
- Cuáles son las normas e ideales corporales que las mujeres gordas consideran imperantes en la sociedad.
- Cómo es que el cumplimiento o incumplimiento de dichas normas, y su asimilación o rechazo influye en las relaciones que sostienen con otros.
- Qué sanciones sociales existen para quienes incumplen dichas normas e ideales.

³⁶ *Ibid.*, 13.

³⁷ *Ibid.*

Para examinar los puntos anteriores, consideraré lo que piensan las mujeres de su propia situación, y cómo experimentan vivir en un cuerpo gordo.

Objetivo general

Encontrar mediante cuáles mecanismos sociales se imponen ciertas normas e ideales corporales a los miembros de una sociedad dada. Finalmente planté mi problema de investigación de la siguiente manera: ¿Cómo opera el mecanismo social del estigma para imponer normas e ideales corporales femeninos dominantes a mujeres gordas de Mexicali? Anclé mi pregunta en Mexicali, Baja California, en diciembre del 2014.

Gordura y delgadez: ¿por qué gordas?

Antes de avanzar más, es pertinente profundizar por qué elegí el término gorda en lugar de “obesa” o mujer con “sobrepeso”. Mi elección, como lo indique arriba, responde a la postura que sostengo ante el tema de este trabajo: alejarme —en la medida de lo posible— de la postura médica que patologiza al sujeto. Los términos “obesidad” y “sobrepeso” señalan a los cuerpos gordos como problemas médicos, y a los sujetos que poseen dichos cuerpos, como enfermos. Linda Bacon explica que:

“sobrepeso” y “obeso” desatinan en dar al blanco. ¿Sobre qué peso? ¡No existe un peso preciso más allá del cual serás definitivamente poco saludable! Y la etimología de la palabra “obeso” erróneamente implica que un gran apetito es la causa. Usar estos términos medicaliza y patologiza el tener un cierto tipo de cuerpo.³⁸

³⁸ Linda Bacon, *Health at Every Size: The Surprising Truth About Your Weight* (Dallas: BenBella Books Inc., 2010), 126.

Adoptar una postura neutral, no es tarea sencilla. Si acaso, lo lograré de manera parcial. Mientras gorda se usa en sentido peyorativo; “obesidad” y “sobrepeso” convierten al sujeto en un problema de salud.

La situación no mejora con palabras como “voluptuosa”, “rellenita” o “gordita”. Dichos términos son eufemismos: indican que la palabra gorda es tan ofensiva y su realidad tan desagradable, que necesita ser sustituida por otra. Si utilizara alguna clase de eufemismo para este trabajo, asumiría que realmente existe algo moralmente incorrecto con la gordura. La Real Academia Española define a lo gordo como un adjetivo que se refiere a “abundantes carnes [...]. Muy abultado y corpulento [...]. Torpe, tonto, poco avisado”.³⁹ Además, como expone Amy Farrel, a las personas gordas se les califica como: “Perezosos, glotones, codiciosos, inmorales, incontrolables, estúpidos, feos, y faltos de poder de voluntad”.⁴⁰

Las palabras “obesa” y “sobrepeso” son muy utilizadas por la comunidad científica. Sin embargo, estas palabras hacen del sujeto un problema. Se usan para describir una determinada cantidad de peso —consecuencia de la grasa corporal— que sobrepasa los límites determinados por la comunidad médica. El *Dorland's Pocket Medical Dictionary* define “obesidad” como:

un incremento en el peso corporal más allá del límite de los requerimientos esqueléticos y físicos, como resultado de la acumulación excesiva de grasa corporal. [...]. [La “obesidad” mórbida es] la condición de pesar dos o más veces

³⁹ *Diccionario de la Lengua Española*, 22a ed., S.V. “gordo.”

⁴⁰ Amy Farrel, *Fat Shame: Considering Fat Shame*, párr. 8 [Versión kindle].

el peso ideal; llamada así por su asociación con muchos desórdenes serios potencialmente fatales.⁴¹

El término “sobrepeso”, indica que el sujeto sobrepasa un límite determinado de peso considerado como “ideal”. La OMS establece que la manera más sencilla de determinar el “sobrepeso” y la “obesidad”: es a través del Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula mediante una operación matemática: dividiendo el peso de una persona en kilos entre su estatura en metros al cuadrado (kg/m^2). “Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso. Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad”.⁴² La OMS reconoce que aunque el Índice de Masa Corporal es la manera más sencilla de establecer el sobrepeso, otros factores pueden modificar el resultado. Entre éstos se encuentra el criterio con el que se determina el “sobrepeso”.

La OMS seleccionó al Índice de Masa Corporal entre otras medidas por ser un indicador del “sobrepeso” y de la “obesidad” sencillo y efectivo para comparar a la población mundial en términos estadísticos. La OMS no recomienda al IMC como indicador preciso, pues los resultados pueden variar según la contextura de los individuos.⁴³ A pesar de esto, muchos profesionales de la salud y comunicadores lo utilizan como indicador de salud física de manera constante y arbitraria.

De los términos que discutí previamente, por tanto, prefiero usar la palabra gorda, a pesar de que las ideas relacionadas con ésta son peyorativas. Si uso la palabra gorda, como atributo corporal específico, el término enfatiza su relación con

⁴¹ Dorland’s Pocket Medical Dictionary, 23a ed., S.V. “obesidad.”

⁴² Organización Mundial de la Salud, “Obesidad y Sobrepeso”, 2012, párr. 3.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> (fecha de acceso: 28 de mayo de 2013).

⁴³ Organización Mundial de la Salud, “Obesidad y Sobrepeso”, 2012, Párr. 4.

ideas y significados negativos en nuestra cultura occidental. Además, tengo afinidad con la postura de los *Fat Studies* que usan la palabra *fat* para reivindicar su sentido de atributo corporal. Con cuerpo gordo me refiero a un cuerpo de tamaño grande debido a acumulado grasa corporal.

Socioculturalmente atribuimos significados y valoraciones al cuerpo gordo que dan lugar a la construcción de lo gordo. Tomé parte del concepto de Charlotte Cooper: “lo gordo es una posición fluida del sujeto relativa a normas sociales; se relaciona a experiencias compartidas; es ambigua, tiene raíz en las políticas de identidad, y es por tanto auto-definida”.⁴⁴ A partir de la definición de Cooper, adapté una definición a mi tesis: en este estudio entenderé a lo gordo como una construcción social cambiante relativa a normas sociales; relacionada a experiencias compartidas; auto-definida, y ambigua, en constante construcción, y que tiene lugar en contextos y procesos históricos específicos socialmente estructurados. La construcción de lo gordo no depende del atributo físico en sí mismo; A partir de mi lectura de *Estigma* de Goffman concluyo que realmente resulta de los significados que se relacionan al cuerpo gordo socialmente y de normas a las que la sociedad espera que el sujeto se adhiera, además de las experiencias corporales de los sujetos.⁴⁵

Respecto a la delgadez

En esta tesis, uso a la delgadez como un punto de referencia para los ideales corporales femeninos occidentales actuales, y como una contraparte de la gordura.

⁴⁴ Charlotte Cooper “Fat Studies: Mapping the Field”, *Sociology Compass* 9. 10 (2010): 1020-1034, (recuperado el 10 de noviembre de 2012)

http://limerick.academia.edu/CharlotteCooper/Papers/357307/Fat_Studies_Mapping_the_Field

⁴⁵ Erving Goffman, *Estigma*.

Funciona como una especie de contrapunto para entender los significados y valoraciones del cuerpo gordo. Entiendo que los significados y valoraciones de la delgadez no son inamovibles, ni simples. Los significados y valoraciones del cuerpo delgado que dan lugar a la construcción social de la delgadez también varían de acuerdo a normas sociales; contextos y procesos históricos específicos socialmente estructurados y de acuerdo a las experiencias de los sujetos. En occidente, el tema del cuerpo y particularmente del peso tiene un lugar central, como lo afirma Mari Luz Esteban:

los mil y un discursos sobre el peso, el cuerpo y la imagen, de expertos y no expertos, ocupan gran parte del tiempo y del espacio social en Occidente [...] Preocupan los kilos que se ganan o se pierden, “los cuerpos firmes, sin protuberancias” Preocupa el fracaso o éxito social que ello comporta.⁴⁶

Esta preocupación social por la dimensión de nuestros cuerpos, en particular de algunas partes de nuestros cuerpos, el espacio que ocupan, y la grasa, no debe descartarse como una banalidad. Igual que Susan Bordo, creo que existe una gran necesidad de preguntarnos “por qué nuestra cultura está tan obsesionada con mantener nuestros cuerpos delgados, firmes y jóvenes”.⁴⁷ Susan Bordo explica que este énfasis en el control del cuerpo muestra profundas ansiedades y fantasías contemporáneas, pues probablemente [el cuerpo] es una de las pocas “arenas del

⁴⁶ Mari Luz Esteban “Antropología encarnada: antropología desde una misma”, *Papeles del CEIC* 12 (2004): 1695-6494, <http://www.ehu.es/CEIC/papeles/12.pdf> (fecha de acceso: 21 de marzo de 2014), 7-8.

⁴⁷ Susan Bordo, *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body* (Los Angeles: University of California Press, 2003), 140, 141.

control que tenemos disponibles en el siglo veinte”.⁴⁸ En nuestra cultura occidental, el cuerpo y el control de sus deseos tienen una historia larga, que ha moldeado, en parte (aunque no exclusivamente) los significados que asociamos a la delgadez y a la gordura.

Particularmente desde la perspectiva del cristianismo y de la filosofía griega, los deseos y las necesidades corporales primarias, se perciben como pasiones, que deben ser controladas por la razón humana. Esta dualidad entre cuerpo y alma o razón, y la búsqueda del predominio de la razón o el alma sobre las pasiones del cuerpo, explica parcialmente porqué desde nuestra cultura a las personas gordas se les percibe de manera tan negativa. Mientras en contraste, “la delgadez se equipara con capacidad, autocontrol, e inteligencia.”⁴⁹ Además “se asocia profundamente a la autonomía, la voluntad, disciplina, el dominio del deseo, espiritualidad acentuada, [y] pureza.”⁵⁰ Este tema lo discuto más extensamente en el primer capítulo de esta tesis.

Con esto, sugiero que el pensamiento occidental (principalmente el pensamiento antiguo griego y el cristianismo) influyeron en parte en las maneras en que establecemos significados, normas e ideales respecto a la gordura y la delgadez.

⁴⁸ Susan Bordo, *Unbearable Weight*, 140.

⁴⁹ *Ibid.*, 55.

⁵⁰ *Ibid.*, 68.

CAPITULO I:

EL PENSAMIENTO OCCIDENTAL

Antigua Grecia y cuerpo

En *Fat Shame: Stigma and the Fat Body in American Culture*, Amy Farrel rastrea las raíces de la histeria actual contra la obesidad y el significado atribuido a la gordura en la cultura estadounidense desde el siglo XIX.⁵¹ Reconozco como valiosos los hallazgos de Amy Farrel. Sin embargo, me parece que el origen de la relación es anterior a lo que propone. La relación actual entre moral, salud y belleza se estableció desde los orígenes del pensamiento occidental. Es evidente que, como afirman LLuis Duch y Joan-Carles Mèlich “por activa o por pasiva, las huellas [sic] del pensamiento griego se harán notar, directamente o por alusiones, en todos los momentos históricos, religiosos y políticos de la cultura occidental”.⁵²

Existen ciertas similitudes de ideas con respecto a la gordura, entre México, Estados Unidos y otros países occidentales. Aclaro que no analizaré históricamente la gordura. Tampoco aspiro a establecer una genealogía de las ideas como Michel Foucault en *El nacimiento de la clínica*.⁵³ Cualquiera de las dos tareas requeriría de un trabajo exhaustivo, digno de una investigación totalmente distinta. Sólo destaco ciertas ideas relacionadas con las normas e ideales corporales actuales para apoyar mi

⁵¹ Amy Farrel, *Fat Shame*, [Versión kindle].

⁵² LLuis Duch y Joan-Carles Mèlich, *Escenarios de la corporeidad: antropología de la vida cotidiana volumen 2/1* (Madrid: Editorial Trotta, 2005), 60.

⁵³ Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (México: siglo XXI, 2001).

investigación. Espero así aclarar parcialmente el origen del vínculo entre moral, belleza, salud y cuerpo.

En occidente, el vínculo entre moral, belleza, salud y cuerpo, se origina en la filosofía griega que posteriormente influyó en la tradición judeo-cristiana. LLuis Duch y Joan-Carles Mèlich explican que no se puede pensar en la filosofía griega y esperar que sea monolítica.⁵⁴ Existen dos escuelas básicas griegas que reconocían al alma y al cuerpo: la primera concebía esta relación como una dualidad; la segunda, como una unidad. En cuanto a la tradición semita, Duch y Mèlich afirman que aunque no concebían la dualidad del cuerpo como los griegos. “en la narración de la creación (cf. Gn 2,7), el cuerpo aparece claramente diferenciado del principio vital”.⁵⁵ Este principio vital predominaba sobre el cuerpo, igual que el alma predominaba sobre el cuerpo entre los griegos.

LLuis Duch y Joan-Carles Mèlich también explican que entre los antiguos griegos el cuerpo era un asunto primordial.⁵⁶ Esto, sin importar si consideraban cuerpo y alma como unidad o como dualidad. Los griegos creían que el cuerpo reflejaba las virtudes y defectos humanos. Los autores además exponen que el imaginario del cuerpo de los dioses que reflejaba la belleza, la vitalidad y la “virtud sobre-humana” perfecta, resaltaba frente a los defectos y la precariedad del cuerpo humano.⁵⁷ Simon Goldhill explica que la aspiración al cuerpo humano perfecto, era una preocupación del

⁵⁴ LLuis Duch y Joan-Carles Mèlich, *Escenarios de la corporeidad*, 35-39.

⁵⁵ *Ibid.*, 39.

⁵⁶ *Ibid.*, 37

⁵⁷ Aristóteles, *The Eudemian Ethics*, traducido por Anthony Kenny (Nueva York: Oxford University Press, 2011), 90.

ciudadano griego: “[el] ideal fue pintado y esculpido innumerables veces, inundando las ciudades de Grecia con imágenes corporales a las cuales aspirar”.⁵⁸ A diferencia de la época actual, en la antigua Grecia el ideal representado con mayor frecuencia era el masculino.

Aristóteles concebía al alma y al cuerpo como una sola cosa, contraria a la idea de su maestro Platón. Aristóteles afirmaba “no quepa preguntarse si el alma y el cuerpo son una única realidad, como no cabe hacer tal pregunta acerca de la cera y la figura”.⁵⁹ Aristóteles creía que el alma era inseparable del cuerpo, el alma no era el cuerpo, el alma era el fin último de un cuerpo; el alma era el vehículo de la vida, no la vida. Aristóteles afirmó:

El alma es aquello por lo que vivimos, sentimos y razonamos primaria y radicalmente. [...] el cuerpo no constituye la entelequia [el fin completo de algo] del alma, sino que, al contrario, ésta constituye la entelequia de un cuerpo. [...] Cuerpo, desde luego, no es, pero sí, algo del cuerpo.⁶⁰

Aristóteles expuso que el vicio y la virtud eran relativos al alma. Siendo que el alma y el cuerpo eran una sola cosa, el vicio y la virtud se reflejaban en el cuerpo. Simon Goldhill expone que igual que con los ciudadanos actuales, los ciudadanos griegos estaban constantemente expuestos a imaginarios de ideales corporales.⁶¹ Ideales inalcanzables: el cuerpo de los dioses y el de los héroes era perfecto; estaba

⁵⁸ Simon Goldhill, *Love, Sex & Tragedy: How the Ancient World Shapes Our Lives* (Chicago: University of Chicago press, 2004), 14.

⁵⁹ Aristóteles, *Acerca del alma*. Traducido por Tomás Calvo Martínez (Madrid: Gredos, 1978) 49.

⁶⁰ *Ibid*, 53-54.

⁶¹ Simon Goldhill, *Love, Sex & Tragedy*, 14

imbuido de algo superior a la virtud. “El contraste más apropiado a la brutez sería la virtud superhumana, la clase de virtud que pertenece a los héroes y a los dioses”.⁶² El cuerpo humano, en Grecia antigua, estaba constantemente marcado como frágil, débil y limitado. “Este 'sub-cuerpo' sólo puede ser comprendido a través de la referencia a aquello que idealmente presupone: la plenitud corporal, una especie de 'súper-cuerpo'; esto es, el cuerpo de los dioses”.⁶³

Esta comparación constante con los “súper-cuerpos” de los dioses es lo que marca la fragilidad y precariedad del ser humano. Los antiguos griegos se preocupaban constantemente por el cuerpo. Simon Goldhill afirma que la proliferación de gimnasios en la antigua Grecia es prueba de esta preocupación de los antiguos griegos por la salud y la belleza del cuerpo.⁶⁴ Aunado a esto, existían manuales (*diaite*) que indicaban específicamente: qué comer, cómo ejercitarse, la forma y la frecuencia del baño, y cuánto ejercicio hacer; entre otras indicaciones concernientes a la salud. El cuerpo bello era un cuerpo saludable que gozaba de vitalidad; era el ideal inspirado en el cuerpo de los dioses eternos “nombrados como 'los que existen eternamente’”.⁶⁵

Simon Goldhill explica que, para los griegos, el cuerpo era un asunto público.⁶⁶ El cuerpo era constantemente sometido al escrutinio público: en la plaza pública, en los baños, en el gimnasio. Esto lo evidencia Jenofonte quien rescató el pensamiento de

⁶² Aristóteles, *The Eudemian Ethics*, 90.

⁶³ LLuis Duch y Joan-Carles Mèlich, *Escenarios de la corporeidad*, 37.

⁶⁴ Simon Goldhill, *Love, Sex & Tragedy*, 14-21.

⁶⁵ LLuis Duch y Joan-Carles Mèlich, *Escenarios de la corporeidad*, 38.

⁶⁶ Simon Goldhill, *Love, Sex & Tragedy*, 15.

Sócrates. El cuerpo era público y se relacionaba con el desempeño de un hombre como buen ciudadano griego.

La postura de Sócrates es clara en *Conversations of Socrates* de Jenofonte. Sócrates reprende a uno de sus acompañantes —Epígenes— por encontrarse en tan mala forma mientras era tan joven. Según Sócrates, un ciudadano debe estar en buena condición física para enfrentar con dignidad cualquier eventualidad. Jenofonte narra lo que Sócrates dice a Epígenes:

El cuerpo es valioso para todas las actividades humanas, y en todos sus usos es muy importante que esté en la mejor forma posible. Incluso en el acto de pensar [...]. La mente de muchas personas está invadida tan frecuentemente de mala memoria, desánimo, irritabilidad e insensatez y por causa de su mala condición física es que el conocimiento es expulsado de ellos mismos. Por otro lado, aquellos que están en buena condición física tienen una gran razón para tener confianza y no corren riesgo alguno de las ya mencionadas desfortunas causadas por la debilidad [...]. Además es una lástima que te dejes envejecer a través de la negligencia antes de ver cómo puedes desarrollar el máximo de belleza y de fuerza corporal.⁶⁷

Además de las implicaciones sobre la aptitud ciudadana, encuentro en este fragmento señal de cómo se relaciona la belleza a la moral y al cuerpo: la aspiración más elevada se dirige a la máxima belleza y a la condición corporal perfecta. Lluís Duch y Joan-Carles Mèlich lo exponen así con exactitud:

⁶⁷ Jenofonte, *Conversations of Socrates*, traducido por Hugh Tredennick y Robin Waterfield (Londres: Penguin Group, 1990), 172.

No hay duda de que, en el universo griego, el cuerpo humano sirve de soporte divino [...]. No se trata simplemente del hecho de que los griegos hubiesen concebido y representado a los dioses a imagen de los hombres, sino que adquirieron la firme convicción de que el cuerpo humano, sobre todo cuando se encontraba en la flor de la juventud, era imagen auténtica o reflejo real de la vida divina.⁶⁸

Jonathan M. Metzl expone que la retórica de la salud en Estados Unidos tiende a buscar estándares irreales, que implican el no envejecer, no sufrir y no morir.⁶⁹ (Me parece que estos estándares estadounidenses de la salud no difieren de los mexicanos). Me parece que las aspiraciones actuales sobre el cuerpo, la moral y la salud que plantea la retórica de la salud, no distan de aquellas que se planteaban los antiguos filósofos griegos. Los sujetos siguen deseando el cuerpo de los dioses eternamente jóvenes, bellos e inmortales. Y los individuos siguen viendo en el cuerpo humano evidencia del vicio, la virtud o la supremacía moral.

Antigua Grecia y el cuerpo gordo.

Ya expliqué que para los antiguos griegos la moral y la virtud, como propiedades del alma, se reflejaban en el cuerpo. Esto era principalmente cierto para quienes concebían el cuerpo y el alma como unidad. Aristóteles expone que la virtud era la media entre el exceso y la deficiencia.⁷⁰ La media era más opuesta a ambos extremos (la deficiencia

⁶⁸ LLuis Duch y Joan-Carles Mèlich, *Escenarios de la corporeidad*, 38.

⁶⁹ Jonathan M. Metzl, "Introduction: Why 'Against Health'". En *Against Health: How Health Became the New Morality*, editado por Jonathan M. Metzl y Anna Kirkland, 1-11 (Nueva York: New York University Press, 2010).

⁷⁰ Aristóteles, *The Eudemian Ethics*, 51-75.

y el exceso), que los extremos entre sí. Además, la virtud se ejercía a través del dominio de la razón sobre las pasiones. Por eso Aristóteles le daba la razón en parte a Sócrates quien afirmaba que “no podía haber virtud sin conocimiento”.⁷¹

A mi parecer, los vicios tenían un agravante: pertenecían a personas que, dotadas de razón, decidieron no usarla; o bien se habían decidido contra el mejor razonamiento. El razonamiento —según Aristóteles— se manifestaba al elegir. “Por esta razón juzgamos el carácter de un hombre por su elección, es decir, no lo que hace, sino con qué propósito lo hace”.⁷² Cualquier exceso, incluso el de la privación, era considerado un vicio.

Para Aristóteles, los vicios que respondían a los niveles básicos de satisfacción, como comer o dormir; eran peores vicios que la ira excesiva. Aristóteles argumentaba que la ira excesiva ocasionalmente se justificaba ante la razón. Si alguien ofendía a una persona, la razón de dicha persona dictaba que respondiera al agravio con ira. Los vicios relacionados a las necesidades primarias, ejemplificaban el dominio de las pasiones sobre la razón. Como lo expone Aristóteles: “Nadie que no fuera un esclavo total [de sus pasiones] valoraría su existencia únicamente por el placer de la comida y el sexo [...]. Está claro que para una persona que hace tal elección no habría diferencia entre haber nacido bestia o un ser humano”.⁷³

Encuentro en la exposición de Aristóteles sobre el vicio y la virtud un esclarecimiento parcial de por qué en la cultura occidental actual se relaciona la condición subhumana con las personas que poseen un cuerpo gordo. Aristóteles creía

⁷¹ *Ibid.*, 88.

⁷² *Ibid.*, 36.

⁷³ *Ibid.*, 6.

que un glotón sabía que su comportamiento lo aleja de la virtud.⁷⁴ Aún así continuaba con el vicio de la glotonería contradiciendo a su propia razón. El glotón era una persona que, poseyendo razón, la ignoraba. Al ignorar su razón, la persona se rebaja al nivel de las bestias; se convertía por elección en una bestia.

No pretendo que la fuente de estas ideas sea de manera exclusiva el pensamiento de la antigua Grecia; más bien sugiero que el pensamiento occidental influyó en las maneras en que establecemos significados, normas e ideales.

⁷⁴ *Ibid.*

CAPÍTULO II:

CONTEXTO

Medicalización del cuerpo gordo

Fue así como me percaté que las normas para determinar el “sobrepeso” y la “obesidad” responden a causas políticas, y culturales internacionales; que las políticas de salud están encaminadas a “reducir costos” en el sistema de salud, y a modificar las estadísticas para cumplir con ciertos indicadores que se determinan a partir de instituciones internacionales. Además, caí en cuenta que las instituciones de salud no consideran como “riesgos” para el sistema de salud a las personas delgadas, a pesar de que estas personas pueden desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con la “obesidad”. Comprendí entonces que las instituciones de salud dirigen sus políticas por ciertas rutas de salud que responden a causas culturales, políticas y económicas: para controlar y encausar a los cuerpos gordos desviados de la norma. Esto parece demostrar lo que propone Amy Farrel sobre que: “toda crisis biológica también es una crisis cultural”.⁷⁵

Por ejemplo, había mencionado anteriormente que el Índice de Masa Corporal (IMC) es la medida más utilizada para determinar la “obesidad y el “sobrepeso”. Muchos profesionales de la salud y comunicadores lo utilizan como indicador de salud física de manera constante y arbitraria, a pesar de que la OMS no recomienda usar al IMC como indicador de salud fisiológico. Sally Squires escribe sobre como en 1996, tras analizar varios documentos, los miembros del National Institute of Health (NIH) modificaron para Estados Unidos los lineamientos para determinar los grados de “sobrepeso” y la

⁷⁵ Amy Farrel, *Fat Shame*, Contextualizing Fat Shame, párr. 3 [Versión kindle].

“obesidad” para apegarse a los parámetros que la OMS indicó.⁷⁶ Linda Bacon explica que esta reducción tenía el propósito de influir en las estrategias gubernamentales de salud.⁷⁷

Sally Squires explica que el National Institute of Health redujo la escala de IMC para determinar los grados de “sobrepeso” y “obesidad” en los adultos estadounidenses. El IMC anteriormente normal de “28 para los hombres y un 27 para las mujeres [...] [se redujo] a 25 para hombres y mujeres”.⁷⁸ México, por otra parte, ya había adoptado con anterioridad las normas que propuso la OMS. Al indagar sobre el origen de esta medida adoptada por la OMS, Linda Bacon descubrió que la reducción del IMC fue impulsada por la International Obesity Task Force (IOTF):

En la superficie, la IOTF parece ser una organización científica. Sin embargo, investigue un poco y encontrará que la IOTF recibe muchos de sus fondos de Hoffman-La Roche (fabricantes del medicamento reductor de peso Xenical) y los Abbott Laboratories (fabricantes del medicamento reductor de peso Meridia). Su misión principal es presionar a los gobiernos y promover una agenda consistente con la plataforma de la industria farmacéutica [...] En otras palabras, la industria privada está escribiendo las políticas de salud pública.⁷⁹

No ahondaré en la discusión sobre la integridad ética de la IOTF y el NIH, o la validez del IMC como indicador de “sobrepeso.” Sin embargo, apuntaré que el adoptar dicho

⁷⁶ Sally Squires “About Your BMI (Body Mass Index): Optimal Weight Threshold Lowered”, *Washington Post* (Washington), 4 de Junio, 1998.

⁷⁷ Linda Bacon, *Health at Every Size*, véase en particular “The ‘you can trust the experts myth’”, 149-157.

⁷⁸ Sally Squires “About Your BMI (Body Mass Index)”, *Washington Post* (Washington), 4 de Junio, 1998.

⁷⁹ Linda Bacon, *Health at Every Size*, 153-154.

indicador y sus escalas responde a factores políticos, económicos, y sociales. Las estrategias de salud en materia de “obesidad” en México y Estados Unidos, tienen el fin de “reducir costos directos e indirectos para el Estado [...]. [Su estrategia es contener y revertir eventualmente] la epidemia que vive México”.⁸⁰ Principalmente la estrategia hace énfasis en detener las pérdidas de productividad en el país:

La continuación del estado de cosas dará lugar a una pérdida de productividad y una escalada de los costos de la atención sanitaria en todos los países. La pérdida acumulada de producción debida a las cuatro grandes categorías de enfermedades no transmisibles y a los trastornos mentales se calcula en \$47 mil millones de dólares. Esa pérdida representa un 75% del PIB mundial en 2010 (\$63 mil millones de dólares).⁸¹

Con esto no quiero decir que se trate de una conspiración del gobierno mexicano, ni americano; ni que los estudios estadísticos de la OMS, o del Instituto Nacional de Salud Pública carezcan de validez. Como explica Linda Bacon, si bien “la mera naturaleza de estas relaciones es problemática y existe verdadera corrupción hasta cierto punto [...], es improbable que muchas de las personas que promueven los mitos sobre la obesidad actúen concientemente para engañarnos, o que aquellos con conflictos de intereses sean deshonestos o parte de una conspiración”.⁸² Igual que Bacon, estoy convencida de que los mitos sobre la gordura “son tanto parte de nuestra

⁸⁰ “Encuesta Nacional de Nutrición ENSANUT”, p.186, recuperado el 25 de mayo de 2013, <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

⁸¹ Secretaría de Salud Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. (2013), p.34, recuperado el 22 de mayo de 2014, http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

⁸² Linda Bacon, *Health at Every Size*, 155.

cultura, y las sanciones por cuestionarlas tan altas, que los supuestos ni siquiera son reconocidos, menos desafiados”.⁸³ Me parece también que la mayoría de las personas que promueven estos mitos y medidas parten de un interés genuino por la salud.

Para comprender esto, resulta útil el concepto de medicalización. Robert Crawford retoma dicho concepto del sociólogo Irving Zola. Crawford explica que la medicalización puede comprenderse a través de dos grandes significados interrelacionados:

[El primero] usualmente descrito como una expansión de poder profesional [de la medicina] sobre esferas más amplias de la vida, especialmente sobre los comportamientos desviados, remplazando a actores religiosos y legales en su modalidad de control social [...]. El segundo significado se refiere a la extensión de la gama de fenómenos sociales mediados por los conceptos de salud y enfermedad, frecuentemente enfocándose en la importancia de ese proceso para comprender el control social de la desviación.⁸⁴

A su vez Catherine Kohler Riessman plantea:

Primero, a ciertos comportamientos o condiciones se les asigna significado médico —eso, definido en términos de salud y enfermedad. Segundo, la práctica médica se convierte en vehículo para eliminar o controlar experiencias

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ Robert Crawford, “Healthism and the Medicalization of Everyday Life”, *International Journal of Health Services* 10.3 (1980), 369,370.

problemáticas que son definidas como desviadas, con el propósito de asegurar adherencia a las normas sociales.⁸⁵

Robert Crawford explica que ambos procesos se fortalecen el uno al otro, y como consecuencia “a más comportamientos desviados se les define en términos de enfermedad, y a la normalidad en términos de salud”.⁸⁶ Por ejemplo, el alcoholismo, la obesidad, y la violencia “se han convertido en un asunto de diagnóstico médico, y se les ha asignado la etiqueta de enfermedad. [...] la prevención de la enfermedad se torna un estándar más generalizado por medio del que comportamientos como -comer, beber, trabajar, y las actividades de ocio- son juzgadas”.⁸⁷ Por esta razón, considero que las palabras “obesidad” y “sobrepeso”, se relacionan con la medicalización de los cuerpos gordos.

Primero, me interesa es resaltar lo que explica Catherine Kohler Riessman: que la medicalización es un concepto fundamental para comprender “que la medicina es una empresa social [...]; y que la enfermedad se construye a través de la acción humana”,⁸⁸ además (aunque no necesariamente) de la base biológica. Este concepto me sirve para resaltar que las definiciones médicas, la selección o rechazo de datos para las encuestas, y la determinación de los índices de medición de “obesidad” y “sobrepeso” se establecen también por condiciones económicas, sociales y culturales. Además de que responden a normas e ideales estéticos.

⁸⁵ Catherine Kohler Riessman, “Women and Medicalization”. En *The Politics of Women’s Bodies*, editado por Rose Weitz, (New York: Oxford University Press, 2003), 47-48.

⁸⁶ Robert Crawford, “Healthism and the Medicalization of Everyday Life”, 370.

⁸⁷ *Ibid.*, 370.

⁸⁸ Catherine Kohler Riessman, “Women and Medicalization”, 49.

Para ejemplificar qué quiero decir con que la enfermedad es una empresa social y cultural, resalto lo expuesto por Laura Frasier. La autora narra cómo es que la gordura se convirtió en un problema de salud en Estados Unidos. Ella concluyó que el significado de la gordura cambió de positivo a negativo, cuando el ser delgado se convirtió en un símbolo de estatus elevado.⁸⁹ Frasier explica que este cambio estético respondió a transformaciones económicas a finales de 1800, que facilitaron el acceso a la comida a clases obreras, “cuando fue posible que las personas con recursos modestos fueran rellenas, ser gordo dejó de ser un símbolo de prestigio”.⁹⁰

Esta nueva estética encontró una acogida rápida entre la población predominantemente protestante de Estados Unidos, que desdeñaba los excesos por considerarlos inmorales.⁹¹ Después de la transformación estética, el significado en medicina de la gordura cambió de positivo a negativo. Laura Frasier ejemplifica cómo se produjo este cambio:

Dos de los doctores más distinguidos de la época, George Beard y S. Weir Mitchel, creían que la delgadez excesiva causaba que las mujeres americanas sucumbieran a una variedad amplia de desórdenes, y que un gran número de células adiposas era absolutamente necesario para alcanzar una personalidad balanceada [...] Pero cuando la figura rellena perdió aprobación, los médicos encontraron nuevas teorías para justificar la nueva moda. Se precipitaron a

⁸⁹ Laura Frasier, “The Inner Corset: A Brief History of Fat in the United States”. En *The Fat Studies Reader*, editado por Esther Rothblum y Sondra Solovay (Nueva York y Londres: New York University Press, 2009). Véase en particular “The Inner Corset”, [Versión kindle].

⁹⁰ Laura Frasier, “The Inner Corset”. Véase en particular “The Inner Corset”, párr. 6 [Versión kindle].

⁹¹ *Ibid.*, Párr.8 [Versión kindle].

desarrollar tratamientos —como extracto de tiroides, arsénico y estricnina — para recetar a sus pacientes que buscaban perder peso; muchos de ellos no eran exactamente corpulentos, pero estaban más que dispuestos a deshacerse de sus *pennies* junto con libras de peso.⁹²

Esto ejemplifica cómo se establecieron en Estados Unidos las definiciones médicas y los métodos de medición de la “obesidad” y “sobrepeso” por condiciones económicas, convenciones sociales y culturales, y cómo dichas normas médicas responden a normas e ideales corporales socialmente establecidos. Además el ejemplo da cuenta de una conexión entre belleza corporal, moral y salud.

También, me interesa enfatizar lo que expone Robert Crawford que esta percepción medicalizada del bienestar, influye en la manera en que las personas piensan sobre dicho bienestar y “canalizan sus percepciones y comportamientos”.⁹³

En la cultura americana contemporánea las nociones de salud y enfermedad, en cualquier contexto que se les use, en gran medida retienen un significado medicalizado. Es a nivel de la vida cotidiana, externa a las instituciones médicas y sus relaciones, que las experiencias, actividades, e ideologías sobre la salud se construyen. El impacto de la medicina debe de ser analizado en este nivel, pues existen implicaciones profundas sobre cómo nuestra sociedad en general intenta resolver los problemas de salud y bienestar.⁹⁴

⁹² *Ibid.*, párr. 9 [Versión kindle], (cursivas añadidas).

⁹³ Robert Crawford, “Healthism and the Medicalization of Everyday Life”, 371.

⁹⁴ *Ibid.*, 370.

Healthismo

Robert Crawford sugiere que en Estados Unidos predomina un modo particular medicalizado de percibir los problemas de salud.⁹⁵ Crawford eligió el término “*healthism*” para referirse a este tipo de medicalización, en que la responsabilidad de la salud, y la enfermedad, se recarga desproporcionadamente sobre el individuo.⁹⁶ Al respecto Peter Conrad explica que mientras que los procesos de la medicalización y la *healthización* se parecen en que fusionan preocupaciones sobre el comportamiento y la salud. Se diferencian en que:

con la medicalización, se ofrecen definiciones médicas y tratamientos para problemas sociales y eventos naturales previos; con la *healthización*, se promueven definiciones conductuales y sociales para eventos previamente definidos biomédicamente [...] Una convierte a lo moral en un asunto médico, la otra convierte a la salud en un asunto moral.⁹⁷

El *healthismo* convierte a la salud en una especie de súper valor ligado a la moral:

[El *healthismo*] se define aquí como una preocupación con la salud personal, como un [eje] principal —a menudo como *el* principal— eje para la definición y

⁹⁵ Aunque en su artículo, Robert Crawford se refiere de manera exclusiva a la sociedad americana durante los años ochenta, me parece que sus ideas aún resultan pertinentes para explicar la ideología de la medicalización, tanto en Estados Unidos como en México. Véase Robert Crawford, “Healthism and the Medicalization of Everyday Life”.

⁹⁶ Particularmente encuentro útil su concepto de *healthism* para entender la medicalización del cuerpo gordo. En ausencia de un término más apropiado en español, decidí adaptarlo como *healthismo* y *healthización*. Véase en particular “Healthism and medicalization”

⁹⁷ Peter Conrad, “Medicalization and Social Control”, *Annual Review of Sociology* 18 (1992), 209,232.

logro del bienestar; un objetivo que debe obtenerse primariamente a través de la modificación del estilo de vida, con o sin ayuda terapéutica [...] requiere sobre cualquier otra la suposición de la responsabilidad individual. Para el *healthista*, la solución reside en la determinación del individuo para resistir a la cultura, a los constreñimientos institucionales y ambientales, agentes de enfermedad, o simplemente, los hábitos flojos o malos.⁹⁸

La intención no es negar que existe un factor de responsabilidad individual en la salud y el bienestar; ni negar el valor de los autocuidados, o la prevención de la enfermedad. “la salud y la enfermedad, de cualquier modo que sean vistas, son también un asunto individual. Cualquiera que sea el nivel de construcción social al que una causalidad pueda finalmente ser atribuida, esa construcción aparece en formas que son individualmente únicas”.⁹⁹ Negar que la salud y la enfermedad también se relacionan con la biología y el individuo, sería ilógico y reduccionista. Sin embargo, “como lenguaje político, la responsabilidad individual es altamente problemática [...] corre el riesgo de fomentar la ilusión de que la responsabilidad individual es suficiente [...] [y] promueve una noción que ignora las restricciones sociales sobre la ‘elección’”.¹⁰⁰

Esta visión medicalizada de la salud y la enfermedad, con su énfasis actual en la responsabilidad personal culpa a los individuos por sus problemas de salud:

Como una ideología, de cualquier manera, que se enfoca tan exclusivamente en el comportamiento, motivación, y estado emocional, y como una ideología

⁹⁸ Robert Crawford, “Healthism and the Medicalization of Everyday Life”, 368.

⁹⁹ *Ibid.*, 374.

¹⁰⁰ *Ibid.*, 377.

de auto-mejoramiento que insiste que el cambio en la salud se deriva de elecciones individuales, la mala salud es mucho más propensa a percibirse como consecuencia de fallas personales [...] En otras palabras, el principio de la no-culpabilización contenido en la formulación del rol clásico del enfermo, en sí misma fraudulenta, se abandona. Remplazándole por un “tu culpa” dogmático.¹⁰¹

Jonathan M. Metzl coincide con Crawford al señalar que el énfasis actual de la salud como un super-valor resulta problemático. Metzl explica que académicos como Adele Clarke, Peter Conrad y Deborah Lupton señalan “a la salud como una retórica medicalizadora”.¹⁰² Al respecto el autor aclara que:

Adele Clarke y sus colegas rastrean un proceso más complejo de ‘biomedicalización’ en el que la biomedicina y la tecnociencia conspiran para definir a la salud como una obligación moral cuyos imperativos la definen como un bien, un símbolo de estatus y de valía personal [...]. “La atención, ya no se centra en la enfermedad, discapacidad, o los trastornos como una cuestión del destino, sino en la salud como una cuestión de transformación moral personal”.¹⁰³

Robert Crawford explica que la ideología *healthista* que eleva a la salud al nivel de un súper-valor: “una metáfora sobre todo aquello que es bueno en la vida”,¹⁰⁴ representa una amenaza para los logros sociales en materia de salud, pues favorece

¹⁰¹ *Ibid.*, 378,379.

¹⁰² Jonathan M. Metzl, “Introduction: Why ‘against health’”, 5.

¹⁰³ *Ibid.*,5

¹⁰⁴ Robert Crawford, “Healthism and the Medicalization of Everyday Life”, 365.

“la privatización de la lucha por un bienestar generalizado”.¹⁰⁵ Crawford afirma que mientras la sociedad siga sosteniendo una concepción *healthista* de la salud, el cambio será algo poco probable. “En la medida en que el *healthismo* siga moldeando las creencias populares, seguiremos teniendo una concepción y estrategia de promoción de la salud, apolítica, y por lo tanto, finalmente ineficaz”.¹⁰⁶ Además, el *healthismo* “se une a las fuerzas sociales que atacan actualmente lo que perciben como un ‘uso excesivo’ o ‘abuso’ de la enfermedad como una excusa para evadir ‘obligaciones’, visitas innecesarias al médico, o coleccionar beneficios gubernamentales o pactados”.¹⁰⁷

Esta ideología medicalizadora, resulta dañina en más de un sentido, Jonathan M. Metzl también argumenta que la “buena” salud con frecuencia resulta en una condición para que a ciertas personas se les trate como ciudadanos o no-ciudadanos.¹⁰⁸ Es decir, si una persona no cumple con algunos parámetros socialmente establecidos de salud como la habilidad corporal, posee determinadas enfermedades, o características corporales patologizadas como la gordura; se le niega en ocasiones sus derechos ciudadanos. Lonie McMichael afirma que para que el estigma y los prejuicios sobre las personas gordas funcionen “debemos de pensar que la sociedad tiene el derecho de controlar la salud de otros individuos”.¹⁰⁹

A partir de esta ideología medicalizadora se justifican el estigma, los prejuicios y la discriminación de las personas gordas. Lonie McMichael argumenta que la ideología

¹⁰⁵ *Ibid.*, 365.

¹⁰⁶ *Ibid.*, 365.

¹⁰⁷ *Ibid.*, 377-379.

¹⁰⁸ Jonathan M. Metzl, “Introduction: Why ‘against health’”, 5.

¹⁰⁹ Lonie McMichael, *Acceptable Prejudice?: Fat, Rhetoric and Social Justice* (Nashville: Pearlsong Press, 2013). Véase en particular el capítulo 7, “Healthism”, párr. 2 [versión Kindle].

healthista incita a pensar “que algunas personas son mejores que otras esta vez basándose en [su estado de] salud. Dado que la gordura se percibe como malsana, a las personas gordas se les concibe como moralmente ‘malas’ sin importar su estado de salud real”.¹¹⁰ Paul Campos argumenta que actualmente en Estados Unidos existe un pánico moral sobre la gordura:

nuestra histeria actual sobre el peso se puede entender como un pánico moral [...]. Primero, un grupo o comportamiento es clasificado como peligrosamente desviado. La desviación se caracteriza como [...] una amenaza seria para el bienestar social y como un síntoma de una profunda enfermedad social. Los medios encienden una preocupación pública sobre el tema al enfocar rápidamente cantidades crecientes de atención sobre éste, a menudo en una forma alarmista que exagera el peligro de dicho comportamiento y de aquellos involucrados.¹¹¹

La situación en México

Paul Campos argumenta que este pánico generalmente resulta en acciones que pretenden eliminar o reducir en gran medida dicho comportamiento o individuos desviados.¹¹² Encontré un ejemplo concreto de cómo la ideología *healthista* y el pánico moral sobre la gordura también afectan a México. En octubre de 2013 el Presidente de México, Enrique Peña Nieto y la Secretaría de Salud presentaron su Estrategia

¹¹⁰ Lonie McMichael, *Acceptable Prejudice?* Véase en particular el capítulo 7, “Healthism”, párr. 4 [versión Kindle].

¹¹¹ Paul Campos, *The Obesity Myth: Why America’s Obsession with Weight is Hazardous to your Health* (Nueva York: Gotham Books, 2004), 235.

¹¹² *Ibid.*

nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Entre otras medidas para prevenir el “sobrepeso” y la “obesidad”, la estrategia contempla que para acceder a los programas de control y atención médica de enfermedades crónicas no transmisibles, los usuarios tendrán que hacer un pago compensatorio. “A partir del principio de corresponsabilidad, se pretende que los individuos enfermos crónicos, accedan a control y tratamiento médico a través de un ejercicio de pago compensatorio con lo realizado por el Estado”.¹¹³

La proposición parte de una ideología *healthista*, que como sugiere Robert Crawford propicia un retroceso para los derechos sociales en materia de salud.¹¹⁴ La estrategia que propone el gobierno para prevenir el sobrepeso, la obesidad y la diabetes es pertinente a la reforma estructural de salud que el presidente Enrique Peña Nieto anunció para el 2014. En ambos casos pretenden que los ciudadanos paguen por aquellas enfermedades que no cubriría el paquete básico del sistema universal de salud que propone el gobierno mexicano. La reforma intenta avanzar hacia la cobertura “universal” modificando el artículo cuarto de la constitución mexicana para permitir la creación del sistema “universal” de salud.¹¹⁵ “Al respecto la secretaria de salud Mercedes Juan indicó que se pondría “especial atención a un posible fondeo gradual

¹¹³ Secretar de Salud Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, 69.

¹¹⁴ Robert Crawford, “Healthism and the Medicalization of Everyday Life”.

¹¹⁵ Secretaría de Salud “El sistema nacional de salud universal más equitativo y eficiente”, *México sano* (Distrito Federal), mayo de 2014. Recuperado el 10 de noviembre de 2014.

http://portal.salud.gob.mx/contenidos/sala_prensa/mexico_sano/pdf/MS10.pdf

de la salud, a través de impuestos generales, selección de los usuarios de un prestador de servicios y la posible participación del sector privado.”¹¹⁶

Gustavo Leal explica que la propuesta incluía la creación de “un fondo único integrado con las bolsas IMSS-Issste y Seguro Popular.”¹¹⁷ Con este fondo en conjunto con la aplicación de nuevos impuestos, el gobierno impulsaría la cobertura “universal”. Leal afirma que esta supuesta cobertura “universal” no es tal. La propuesta degradaría la cobertura actual, pues ofrecería:

en vez de los paquetes integrales que tenemos hoy en el IMSS, y en el Issste, los paquetes básicos del Seguro Popular. Esto es lo que en materia de salud denunciamos como un peligrosísimo llamado al autocuidado de la salud, cuando en verdad el Estado no pone lo que tendría que poner en los términos mínimos en que debería estar puesto”.¹¹⁸

Esta propuesta reduciría el catálogo de beneficios para los mexicanos. “Es decir, meter a todo el sistema de salud: IMSS, Issste, Secretaría de Marina, PEMEX, SEDENA, todo, en el catálogo universal de servicios esenciales del Seguro Popular”.¹¹⁹

¹¹⁶ Secretaría de Salud “El sistema nacional de salud universal más equitativo y eficiente”, p.1

¹¹⁷ Gustavo Leal F. “La reforma Sanitaria de Mercedes Juan”, *La Jornada* (Distrito Federal), 24 de mayo de 2014. Véase en particular párr. 1. Recuperado el 10 de noviembre de 2014.

<http://www.jornada.unam.mx/2014/05/24/opinion/018a2pol>

¹¹⁸ Gustavo Leal, entrevistado por: Alma Ríos “Entrevista-Gustavo Leal/El derecho a la seguridad social,” *La Jornada Zacatecas TV*, video de YouTube, 4:55, minutos 1:23-1:34, publicado por “La Jornada Zacatecas,” 23 de octubre, 2014, <https://www.youtube.com/watch?v=xwLxoOQs0Bg>

¹¹⁹ Gustavo Leal, “Dr. Gustavo Leal: reforma de salud y seguridad social: ajuste a la baja,” video de YouTube, 39:14, minutos 17:21-17:33, publicado por “Filivaga,” 25 de mayo, 2014, <https://www.youtube.com/watch?v=Ap2bLGBc70c>

La supuesta “universalidad”, realmente reduciría la cobertura de aproximadamente “18 millones de asegurados y sus familias al Seguro Social, al Issste y a los institutos estatales”,¹²⁰ dado que los fondos resultarían insuficientes para ofrecer la cobertura integral que existe en dichas instituciones. Alma E. Muñoz expone que “José Antonio Vital Galicia, dirigente de [La Alianza de Trabajadores de la Salud y Empleados Públicos], indicó que con esa reforma iniciaría un proceso de reducción de beneficios en pensiones, servicios médicos y prestaciones sociales”.¹²¹ Esta estrategia: “además [...] ‘abre el camino para la mercantilización y la privatización de los servicios y el desmantelamiento de las instituciones públicas’.”¹²² Pues las enfermedades que no entraran dentro del paquete básico, serían cubiertas por “los ciudadanos comprando seguros complementarios”.¹²³ Como afirma Gustavo Leal, “Mercedes Juan [replegaría] la actual atención médica integral de IMSS, Issste, Sedena, Semar y Pemex, achicando la responsabilidad estatal a intervenciones garantizadas de manera explícita como nuevo derecho constitucional degradado”.¹²⁴ Si a esto aunamos el pago compensatorio por “corresponsabilidad” a enfermos crónicos propuesto en la estrategia contra la obesidad, el sobrepeso y la diabetes, la carga económica, y la culpabilización de los usuarios aumentaría.

¹²⁰ Alma E. Muñoz “Preparan reforma de salud que atenta contra el sistema de seguridad social”, *La Jornada* (Distrito Federal), 15 de junio de 2014. Véase en particular párr. 5. Recuperado el 10 de noviembre de 2014. <http://www.jornada.unam.mx/2014/06/15/politica/010n2pol>

¹²¹ Alma E. Muñoz “Preparan reforma de salud que atenta contra el sistema de seguridad social”, véase en particular párr. 2.

¹²² *Ibid.*, Véase en particular párr. 4.

¹²³ Gustavo Leal F. “La reforma Sanitaria de Mercedes Juan”, 24 de mayo de 2014. Véase en particular párr. 9.

¹²⁴ *Ibid.*

Leal afirma que más que tratarse de privatización “es sobre todo [...] un nuevo arreglo que le resta derecho humano estricto a la ciudadanía”.¹²⁵ Como Leal, considero que esta estrategia y reformas perjudicarían a los mexicanos. El 25 de abril del 2014, la Secretaria de Salud, Mercedes Juan anunció que la propuesta por el momento no podría realizarse como se había planeado. Leal comenta que la secretaria explicó que “No habrá fondo único, no van a desaparecer las cuotas obrero-patronales’, dijo, y las reformas fiscales ‘no dieron’ para un solo paquete de impuestos generales que unificara la atención a la salud”.¹²⁶ Por el momento Mercedes Juan propone “la creación de un padrón único que impacte en la eficiencia del gasto y el ahorro de los recursos”.¹²⁷ Y la creación de una instancia reguladora que vigilará “la calidad de los servicios en los establecimientos, así como de la práctica médica donde la Comisión Nacional de Arbitraje Médico asumirá facultades de autoridad”.¹²⁸

La reforma del artículo cuarto de la constitución mexicana sigue pendiente. No obstante, el gobierno mexicano aún trabaja para modificar dicho artículo para permitir la cobertura supuestamente “universal”. Leal afirma que esta modificación “sustituye con protección social básica, la seguridad social integral vigente”.¹²⁹ Y que realmente lo

¹²⁵ Gustavo Leal, entrevistado por: Alma Ríos “Entrevista-Gustavo Leal/El derecho a la seguridad social,” video de YouTube, 4:55, minutos 4:27-4:37.

¹²⁶ Gustavo Leal F. “La reforma Sanitaria de Mercedes Juan”, 24 de mayo de 2014. Véase en particular párr. 2.

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ Gustavo Leal F. “Salud. Enfermería y reforma”, *Crisol Plural*. (Aguascalientes) 27 de noviembre de 2014. Véase en particular párr. 1. Recuperado el 1 de diciembre de 2014. <http://crisolplural.com/2014/11/27/salud-enfermeria-y-reforma/>

¹²⁹ Gustavo Leal F. “La reforma Sanitaria de Mercedes Juan”, 24 de mayo de 2014. Véase en particular párr. 9.

propuesto por Mercedes Juan “amenaza con imponer un tercer derecho ‘exigible’, tecnocráticamente racionado a paquetes básicos modificando el artículo cuarto constitucional estableciendo, ahora, ‘al más alto nivel posible de salud’”.¹³⁰ Además de la instancia reguladora que supuestamente garantizará dicho derecho.

Como Linda Bacon, indagué respecto a los orígenes de la reforma estructural de salud y de las estrategias propuestas por el gobierno mexicano para el combate a la “obesidad”.¹³¹ Mi pesquisa me guió a un periódico llamado *El Comienzo* que junto a un grupo de alumnos de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca debatieron sobre la reforma estructural a la salud que impulsa el actual gobierno. Uno de los puntos que trataron fue el conflicto de intereses que existe dentro de las instituciones que impulsaron la propuesta de reforma estructural de salud en México.¹³²

Seguí las pistas que expuso este grupo de discusión, e igual que ellos encontré ciertos conflictos de intereses en esta propuesta. Coincido con Gustavo Leal cuando señala que existe:

un rasgo de continuidad en las políticas de los panistas y los priistas, lo cual no es raro, porque el equipo que atraviesa la gestión del PAN es el mismo que el del PRI; que es la Fundación Mexicana de la Salud, que es justamente de dónde

¹³⁰ *Ibid.*

¹³¹ Linda Bacon, *Health at Every Size*.

¹³² Eloy Caradura, “Salud: Lo que la burguesía llama “universalización” no es más que la antesala a la privatización”. (México) 21 de junio de 2014. Recuperado el 1 de diciembre de 2014.

<http://periodicoelcomienzo.blogspot.mx/2014/02/salud-lo-que-la-burguesia-llama.html>

viene la Dr. Mercedes Juan que la presidió antes de tomar la secretaría de salud.¹³³

Es bastante claro, que los principales impulsores de esta propuesta son los miembros de la Fundación Mexicana para la Salud A.C. (Funsalud).¹³⁴ Cabe destacar que la Funsalud también fue el principal impulsor del Seguro Popular, con el anterior Secretario de Salud Julio Frenk “cuando Juan López fue Secretaria del Consejo de Salubridad General, quien logró imponer el Seguro Popular”.¹³⁵ El mismo Presidente de México, Enrique Peña Nieto enfatizó el protagonismo de Funsalud en el desarrollo de las políticas actuales de salud en México. Durante la ceremonia de clausura de la 32ª asamblea general de Funsalud, Peña Nieto enumeró los puntos clave del plan nacional de desarrollo en materia de salud, y enfatizó: “como pueden ustedes apreciar, estas estrategias retoman las recomendaciones de políticas públicas que en diferentes momentos y espacios de reflexión ha expresado esta fundación: Funsalud”.¹³⁶ Además, durante el evento destacó (como señaló Gustavo Leal) que la actual secretaria de

¹³³ Gustavo Leal, entrevistado por: Alma Ríos “Entrevista-Gustavo Leal/El derecho a la seguridad social,” video de YouTube, 4:55, minutos 2:19-2:37.

¹³⁴ Fundación Mexicana Para la Salud A.C., [sitio web] (Distrito Federal). Recuperado el 2 de diciembre de 2014. <http://portal.funsalud.org.mx/>

¹³⁵ Asa Cristina Laurell “La regreso de Funsalud”[sic], *La Jornada*. (Distrito Federal) 7 de diciembre de 2012. Véase en particular párr. 3. Recuperado el 3 de diciembre de 2014. <http://www.jornada.unam.mx/2012/12/07/opinion/a03a1cie>

¹³⁶ Enrique Peña Nieto, “Ceremonia de clausura de la 32ª asamblea general de la Funsalud,” *Gobierno de la República*, video de YouTube, 10:52, minutos 5:34-5:48, publicado por “Gobierno de la República,” 9 de julio, 2013, <https://www.youtube.com/watch?v=ViSMxvQ6M9Q>

salud, Mercedes Juan fue presidente ejecutivo de la Funsalud antes de asumir el cargo de Secretaria de Salud.¹³⁷

Al explorar el área de asociados del sitio web de Funsalud como sugiere el periódico *El Comienzo*, encontré entre sus asociados institucionales (por mencionar algunos) a varias farmacéuticas como: Pfzier, Sanfer y Norvartis. Además de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros A.C., además de algunos hospitales privados como: el Hospital Ángeles del Pedregal, Hospital Ángeles Metropolitano y el Hospitales Nacionales. También tienen como asociados a las televisoras principales de México: Televisa y Tv Azteca, y a algunas empresas de alimentos como: PepsiCo, Cocacola y Nestle.¹³⁸ De acuerdo a Funsalud, una de las obligaciones de los asociados institucionales es “que contribuyan económicamente a los proyectos de la Fundación, en montos y condiciones que determine el Consejo Directivo”.¹³⁹ Los asociados institucionales también aportan la mayor parte del financiamiento de la asociación contribuyen con aproximadamente un capital de “\$124,000.00”¹⁴⁰ pesos. A continuación la lista como aparece en el sitio de Funsalud en la tabla 1.

Tabla1.

Asociados Institucionales de Funsalud.

Abbvie Farmacéuticos, SA de CV *

¹³⁷ Enrique Peña Nieto, “Ceremonia de clausura de la 32ª asamblea general de la Funsalud,” minutos 9:15-9:17.

¹³⁸ Fundación Mexicana Para la Salud A.C, “asociados institucionales” en Quiénes somos. Recuperado el 3 de diciembre de 2014. <http://portal.funsalud.org.mx/index-php/asociados/>

¹³⁹ Fundación Mexicana Para la Salud A.C, “Cómo participar” en Quiénes somos. Recuperado el 3 de diciembre de 2014. <http://portal.funsalud.org.mx/index-php/como-afiliarse/> Véase en particular categorías de afiliación.

¹⁴⁰ *Ibid.*

Alfa Wassermann, SA de CV *
Amgen México, SA de CV *
Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, AC
Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, AC
Coca Cola de México, SA de CV
Consejo Mexicano de la Industria de Productos de Consumo, AC
Específicos Stendhal, SA de CV *
Fedele, SA de CV
Ferring, SA de CV *
Fundación GlaxoSmithKline
Fresenius Medical Care de México, SA de CV*
Grünenthal de México, SA de CV *
Grupo Bimbo, SA de CV
Grupo Cemex México Estados Unidos y Comercio Internacional
Grupo Cuauhtémoc Moctezuma, SA de CV
Grupo Fármacos Especializados, SA de CV *
Grupo Televisa, SA
Hospital Ángeles del Pedregal, SA de CV
Hospital Ángeles Metropolitano, SA de CV
Hospitales Nacionales, SA de CV
IMS Health México *
Janssen Cilag México, S de RL de CV*
Johnson & Johnson Medical México, SA de CV *
Laboratorios Columbia, SA de CV
Laboratorios Liomont, SA de CV
Laboratorios Pfizer, SA de CV
Laboratorios Sanfer, SA de CV
Laboratorios Silanes, SA de CV
Merck Sharp & Dohme de México, SA de CV

Nadro, SA de CV
Neolpharma, SA de CV
Nestlé México, SA de CV
Novartis Farmacéutica, SA de CV
PepsiCo México, S de RL de CV
Probiomed, SA de CV
Roche Servicios de México, SA de CV
Sanofi Aventis de México, SA de CV
Sanofi Pasteur, SA de CV *
Televisión Azteca, SA de CV
The American British Cowdray Medical Center, IAP
Vitamédica SA de CV
* Sujeto a la autorización de la Asamblea General de Asociados

Fuente: La tabla proviene del sitio web de la Fundación Mexicana para la Salud A.C, “asociados institucionales” en Asociados. Recuperado el 3 de diciembre de 2014. <http://portal.funsalud.org.mx/index-php/asociados/>

Además de este conflicto de intereses institucionales, como señala Asa Cristina Laurell la Funsalud es “conocido internacionalmente como la ‘competencia administrada o regulada’, que coincide con los planteamientos del Banco Mundial y tiene un perfil claramente privatizador”.¹⁴¹ Linda Bacon argumenta que en Estados Unidos “la industria privada está escribiendo las políticas de salud pública”.¹⁴² De acuerdo con esta evidencia, confirmo que en México sucede lo mismo, pues principalmente la Funsalud promueve políticas y definiciones consistentes con los intereses de sus asociados y del Banco Mundial.

¹⁴¹ Asa Cristina Laurell “La regreso de Funsalud”[sic]. Véase en particular párr. 2.

¹⁴² Linda Bacon, *Health at Every Size*, 153-154.

Las estrategias y propuestas de salud promovidas por el estado son *healthistas* y clasistas, además favorece principalmente al sector privado.¹⁴³ Como plantea Robert Crawford la ideología *healthista* “se une a las fuerzas sociales que atacan actualmente lo que perciben como un ‘uso excesivo’ o ‘abuso’ de la enfermedad [...] para [...] coleccionar beneficios gubernamentales o pactados”.¹⁴⁴ Esto, a pesar de que propone acciones positivas como la participación de diversos sectores de la sociedad como: la academia, la industria, el gobierno y los ciudadanos. Es clasista por dos motivos: primero, por qué quienes dispongan de mayores recursos tendrán mejor cobertura de salud. Segundo, porque asume que todos los mexicanos cuentan con la capacidad económica y la situación social idónea para adoptar “mejores” hábitos de salud.

El planteamiento de la estrategia contra la obesidad el sobrepeso y la diabetes, reconoce que los factores básicos del desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, son la situación económica, social y cultural, además que la genética es una causa potente e inmediata.¹⁴⁵ Sin embargo las acciones propuestas tienen que ver mayormente con el autocuidado y la prevención. Reconozco el valor de ambas acciones para la promoción de la salud. Sin embargo omito la discusión de un mejor salario, mejores condiciones laborales, ambientales y sociales que resultan básicos para mejorar salud de los mexicanos y propiciar dichos autocuidados. Me parece que la ausencia de esta discusión beneficia principalmente al sector privado.

¹⁴³ Secretaría de Salud Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

¹⁴⁴ Robert Crawford, “Healthism and the Medicalization of Everyday Life”, 377-379.

¹⁴⁵ Secretaría de Salud Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, 45.

Además, a pesar de que propone capacitar al personal de salud para la prevención de estas enfermedades, no propone entrenarle para reconocer sus propios prejuicios y evitar discriminar a los pacientes. Estas estrategias y modificaciones a la ley de salud se fundan desde una perspectiva *healthista*. Coincido con Leal cuando argumenta que las propuestas impulsadas por Funsalud recargan de manera desmedida la responsabilidad de la salud en el individuo. "lo clásico de este enfoque de Funsalud es esto, una línea de culpabilización del paciente".¹⁴⁶

Como sugiere Robert Crawford esta visión favorece el retroceso de los derechos sociales en lo que concierne a la salud.¹⁴⁷ Pues de acuerdo a esta visión se penaliza a los enfermos por ser "culpables" y se justifica el despojo de derechos sociales de salud con el argumento del "abuso" del sistema por parte de los usuarios, que pudieron prevenir sus enfermedades. Además, como argumenta Lonie McMichael "el healthism puede ser particularmente dañino, produciendo un desagradable ciclo –un individuo gordo obtiene menor paga por su gordura, lo que le lleva a [obtener] un servicio de salud más pobre, que puede provocarle problemas de salud, que puede aumentar su gordura".¹⁴⁸

El Estado argumenta que las enfermedades relacionadas con la "obesidad" y el "sobrepeso" generan un gran costo para México: "el costo directo anual en atención médica para el sistema público de salud de 14 complicaciones derivadas de cuatro grupos de enfermedades vinculadas con la obesidad, se estimó en 42 mil millones de

¹⁴⁶ Gustavo Leal, entrevistado por: Alma Ríos "Entrevista-Gustavo Leal/El derecho a la seguridad social," video de YouTube, 4:55, minutos 2:39-2:45.

¹⁴⁷ Robert Crawford, "Healthism and the Medicalization of Everyday Life".

¹⁴⁸ Lonie McMichael, *Acceptable Prejudice?* Véase en particular el capítulo 7, "Healthism", párr. 6 [versión Kindle].

pesos para 2008”.¹⁴⁹ Esto comprueba que en México también existe un pánico moral sobre la gordura. Se percibe a la gente gorda como “una amenaza seria para el bienestar social y como un síntoma de una profunda enfermedad social”.¹⁵⁰ Este argumento asume que las personas gordas son directamente responsables de esta pérdida millonaria, (y que por cierto ellos deben sanearla).

Sin embargo, ninguna de estas enfermedades se deriva directamente del “sobrepeso” o la “obesidad”. Ningún estudio hasta ahora ha determinado a la “obesidad” como causa directa de estas enfermedades. Linda Bacon explica que:

la mayor parte del conocimiento respecto a la salud y al peso se obtiene de estudios epidemiológicos [...]. [Que] comparan grupos de individuos con sobre peso con un grupo de control de individuos de peso normal. [Dichos estudios] pretenden revelar asociaciones que necesitan investigarse posteriormente. No pueden decirnos si una variable causa o incluso influencia a otra [...]. Está claro que el peso está *asociado* a un incremento en el riesgo para algunas enfermedades, pero la causación es un asunto totalmente distinto.¹⁵¹

El enfoque de salud que sostiene el gobierno mexicano asume que las personas gordas son directamente responsables del deterioro del sistema de salud aunque una persona delgada puede padecer cualquiera de estas enfermedades. Sin embargo, las personas gordas son el foco de atención de estas estrategias, principalmente por la

¹⁴⁹ Secretaría de Salud “Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes”. (2013), 21.

¹⁵⁰ Paul Campos, *The Obesity Myth: Why America’s Obsession with Weight is Hazardous to your Health*, 235.

¹⁵¹ Linda Bacon, *Health at Every Size*, 129.

asociación entre la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad. “Según consideraciones de la OMS, el 44% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad”.¹⁵² El porcentaje de casos relacionados con la obesidad también varía de mayor a menor dependiendo del estudio. Por ejemplo, Linda Bacon afirma que “80 por ciento de los pacientes con diabetes tipo 2 son obesos [...]”. De cualquier manera, está claro que el riesgo de la diabetes tipo 2 incluye un componente genético, y existe fuerte evidencia que sostiene la idea de que los genes que juegan un rol en la causa de la diabetes también causan aumento de peso.”¹⁵³

Bacon explica que la relación entre grasa corporal, peso y diabetes aún no está completamente clara, además existen otros factores que pueden aumentar el riesgo de diabetes. “Algunos medicamentos creados para tratar las enfermedades asociadas al peso, pueden también promover el aumento de peso”.¹⁵⁴ Además el estrés, el estigma, los alimentos industrializados, el estilo de vida y los intentos repetidos por bajar de peso, pueden aumentar el riesgo de enfermedades como la diabetes.¹⁵⁵

Otro asunto que considero pertinente es cuestionarnos ¿por qué de acuerdo a esta retórica, la pérdida de peso es siempre el recurso principal para la obtención del bienestar? El Fred Hutchinson Cancer Research Center de Seattle usó a 140 mujeres

¹⁵² “Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes”. (2013), 15.

¹⁵³ Linda Bacon, *Health at Every Size*, 134.

¹⁵⁴ *Ibid.*, 129.

¹⁵⁵ No me extenderé más sobre el tema de las enfermedades crónicas no transmisibles. Si desea indagar sobre las contradicciones y mitos respecto a este tipo de enfermedades le recomiendo revisar los capítulos 5 y 6 de *Health at Every Size* de Linda Bacon. También sugiero que consulte la primera parte de *The Obesity Myth: Why Americas Obsession with Weight is Hazardous to your Health*. (Nueva York: Penguin Group, 2004).

postmenopáusicas saludables y sedentarias para su estudio. Y las dividieron por su historial de intentos de perder peso para comparar la citotoxicidad de sus células NK. El objetivo era comparar su función inmune considerando su historial de intentos para perder peso por un periodo de 20 años.¹⁵⁶ Encontraron que “un resultado de salud que puede ser afectado adversamente por la pérdida de peso intencional es la función inmune”.¹⁵⁷

El estudio comparó a las mujeres que reportaron haber perdido intencionalmente al menos

10 libras de peso comparadas con aquellas que reportaron no haber perdido intencionalmente peso. Así mismo, la citotoxicidad NK disminuyó cada vez más con el número de veces que una mujer reportó que había perdido peso. Finalmente, una duración más larga de estabilidad de peso se asoció a una citotoxicidad NK mayor.¹⁵⁸

Esto significa que aquellas mujeres que perdieron intencionalmente al menos 10 libras tenían un sistema inmune más débil que quienes mantuvieron su peso estable. El estudio sugiere que “la pérdida de peso puede asociarse con cambios en el sistema inmune que son evidentes por varios años después de los episodios de pérdida de peso [...] dos o más episodios fueron asociados con una disminución substancial de la citotoxicidad NK”.¹⁵⁹ El estudio concluyó que la pérdida cíclica de peso puede disminuir la

¹⁵⁶ Erin D. Shade, et al., “Frequent Intentional Weight Loss Is Associated with Lower Natural Killer Cell Cytotoxicity in Postmenopausal Women: Possible Long-Term Immune Effects” *Journal of American Dietetic Association*. Volumen 104, número 6 (2004) 903.

¹⁵⁷ *Ibid.*, 904.

¹⁵⁸ *Ibid.*, 909.

¹⁵⁹ *Ibid.*

función inmune.¹⁶⁰ Por supuesto, como todo estudio correlacional no sugiere una causación, sino una posible relación.

Entonces, es claro que la relación entre enfermedades crónicas no transmisibles y mortalidad aún no ha sido enteramente descifrada.¹⁶¹ Y que los intentos repetidos por perder peso pueden ser más perjudiciales que benéficos. Si los estudios que indican que la pérdida de peso cíclica es perjudicial son tan válidos como los que demuestran lo contrario. ¿Por qué en lugar de cuestionarnos respecto a estas contradicciones, preferimos centrar nuestras estrategias de salud en la pérdida de peso?, ¿por qué a pesar de no hay evidencia conclusiva aceptamos como incuestionable la idea de que la gordura es mortal? y ¿por qué basándonos en esta idea discriminamos a las personas gordas? Tras esta breve revisión de la medicalización del cuerpo gordo, coincido con Lonie McMichael al afirmar que la medicalización, y de manera específica el *healthismo* (que por cierto, predomina en las estrategias de salud mexicanas) mantiene el estigma, los prejuicios y la discriminación hacia las personas gordas funcionando.¹⁶²

¹⁶⁰ *Ibid.*909-910.

¹⁶¹ Linda Bacon, *Health at Every Size*, véase en particular el capítulo 6 “We are Victims of Fat Politics” 125-139.

¹⁶² Lonie McMichael, *Acceptable Prejudice?* Véase en particular el capítulo 7, párr. 1-2 “Healthism” [versión Kindle].

CAPÍTULO III:

TEORÍA DE GRUPOS DE REFERENCIA

Pertinencia de la Teoría de Grupos de Referencia

Revisé la teoría de los grupos de referencia de Robert K. Merton como posible veta para investigar mi tema desde esta perspectiva. A continuación expongo brevemente algunos de sus detalles y conceptos principales. La teoría de los grupos de referencia “comienza con la simple idea, iniciada por James, Baldwin y Mead [...] [de] que las personas toman estándares de sus conocidos cercanos como base para el auto-aprecio y evaluación”.¹⁶³ Un grupo de referencia proporciona a los individuos un marco de referencia social para autoevaluarse, formar actitudes, determinar sus expectativas y compararse con miembros del grupo de referencia. Robert K. Merton indica que la idea de que los individuos orienten su comportamiento basándose en un grupo no es nueva. Sin embargo, lo singular de la teoría de los grupos de referencia es que se ocupa del hecho de que los hombres frecuentemente orientan su comportamiento y se autoevalúan, tomando como referencia a grupos diferentes al de sus conocidos cercanos. “Y son los problemas centrados en este hecho de que [los hombres] se orienten a partir de grupos [a los que no pertenecen] el interés particular de la teoría de grupos de referencia”¹⁶⁴

A pesar de que el concepto de grupo de referencia me parecía útil para mi investigación, inicialmente tenía dudas de cómo aplicarlo. La explicación de Merton respecto a las características específicas del concepto de grupo y su diferencia con los

¹⁶³ Robert K. Merton, *Social Theory and Social Structure* (New York: The Free Press, 1968), 40.

¹⁶⁴ Robert K. Merton, *Social Theory and Social Structure*, 336.

grupos de referencia aclaró mis dudas. El concepto sociológico de grupo establece que un grupo debe de presentar una cierta interacción social entre sus miembros. “Las relaciones sociales son [...] formas de interacción social pautadas, que perduran [el tiempo] suficiente como para convertirse en partes identificables de la estructura social”¹⁶⁵; el segundo criterio es que los participantes del grupo se reconozcan como tales, y el tercero es que quienes se encuentran al exterior del grupo reconozcan a los participantes del grupo como miembros de ese mismo grupo. Cuando se cumplen estos tres criterios en un grupo se trata de un grupo claramente definido.

Si me apegara rigurosamente a los lineamientos anteriores para identificar a los grupos que expone Robert K. Merton, resultaría especialmente difícil encontrar un grupo de mujeres delgadas formalmente constituido que pudiera analizar como grupo de referencia, (como lo pretendía encontrar al principio de esta investigación). Porque necesita existir la condición de interacción entre los miembros. Buscar un grupo que respondiera a estos criterios se limitaría al campo de interacción del individuo entrevistado.

Merton aborda la dificultad de la anterior explicación sobre los grupos a lo largo de su definición de grupos de referencia en el libro *Social Theory and Social Structure*. Los criterios anteriores me dificultaban trabajar con grupos que no son claramente definidos, o que no cumplen los criterios para ser considerados grupos. Al respecto, Merton aclara que el término ya establecido de “grupo” de referencia es poco apropiado

¹⁶⁵ *Ibid.*, 339.

pues “el término no es aplicado de manera exclusiva a los grupos, también se aplica a individuos y a categorías sociales”.¹⁶⁶

Robert K. Merton también alude a que:

Cuando los criterios subjetivos [el reconocimiento entre los miembros del grupo como tales, y que quienes se encuentran al exterior del grupo reconozcan a los participantes como miembros de dicho grupo] son borrosos, la forma distintiva del grupo pierde su carácter distintivo [...]. Entonces el observador sociológico detecta formaciones grupales que no son necesariamente experimentadas como tales por los individuos.¹⁶⁷

Gracias a esta breve aclaración me percaté de que el concepto de grupo de referencia abarcaba agrupaciones sociales distintas a los grupos, y entendí cómo usar apropiadamente a los grupos de referencia para mi análisis. En el caso de mi tesis, las mujeres delgadas funcionan como grupo de referencia.

Tipos de Grupos de Referencia Funcionales

De manera inicial, resulta pertinente explicar cuáles son los grupos de referencia y los conceptos principales ligados a éstos. En el siguiente esquema de la figura 1 ordeno a los distintos grupos de referencia con el fin de mostrar las jerarquías, y relaciones que existen entre ellos,

¹⁶⁶ *Ibid.*, 338.

¹⁶⁷ *Ibid.*, 340.

Tipos de grupos de referencia

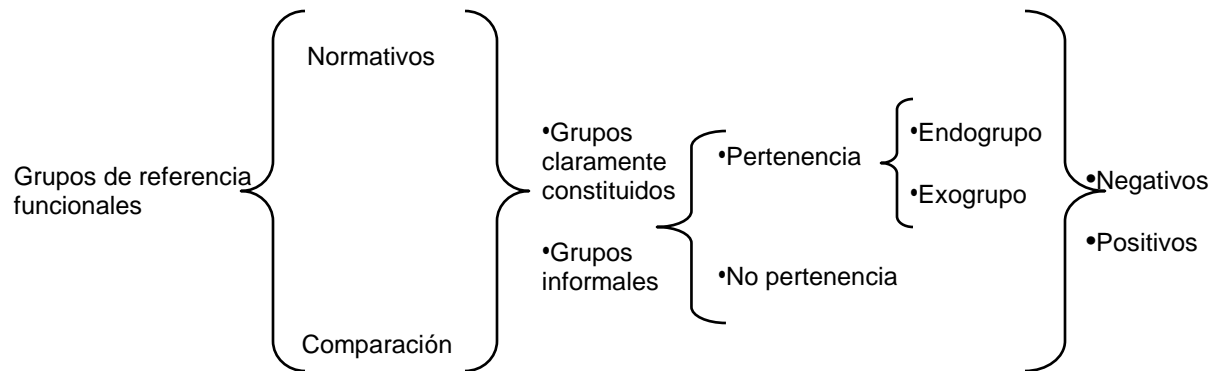


Figura 1. Esquema de los tipos de grupos de referencia, basado en Robert K. Merton, *Social Theory and Social Structure* (New York: The Free Press, 1968), 335-354.

Robert K. Merton indica que los grupos de referencia se dividen preliminarmente desde la perspectiva funcionalista en: grupos normativos, y grupos de comparación:

Los grupos normativos marcan y mantienen estándares para los individuos. [...]

Los grupos de comparación proveen al individuo de un marco de comparación respecto al cual evalúan a otros y a sí mismos. [...] [El grupo normativo] es una fuente de valores asimilados por individuos determinados. [...] En cambio [el grupo de comparación] provee un contexto para evaluar la posición relativa [a la estructura social] de uno mismo y de otros.¹⁶⁸

Merton aclara que esta división cumple un propósito meramente analítico, pues “el mismo grupo de referencia puede cumplir ambas funciones”.¹⁶⁹ El término grupo de referencia incluye de manera indiferenciada varias formas de grupo y formaciones sociales de diferentes tipos. Por ejemplo, las colectividades y las categorías sociales. Estas formaciones sociales tienen relación con dos conceptos centrales en la teoría de

¹⁶⁸ *Ibid.*, 337-338

¹⁶⁹ *Ibid.*, 338

grupos de referencia: El concepto de pertenencia y no pertenencia al grupo. Ambos conceptos resultan relevantes porque la singularidad de la teoría de los grupos de referencia es que los hombres orientan su comportamiento a partir de grupos a los que no pertenecen. Merton considera a dichos conceptos “un punto de partida para diferenciar conceptualmente los datos sociológicos discrepantes descritos actualmente como grupos de referencia”.¹⁷⁰

Pertenencia

Para definir el concepto de pertenencia al grupo, Robert K. Merton retoma los criterios del concepto sociológico de grupo. Tanto “el criterio objetivo de la interacción, como los criterios subjetivos de definición social, se combinan para establecer límites relativamente claros de pertenencia y no pertenencia al grupo”.¹⁷¹ Estos límites son claros solamente en teoría, puesto que “cuando los criterios subjetivos son borrosos, la forma distintiva del grupo pierde su carácter distintivo”.¹⁷²

Robert K. Merton afirma que esto demuestra que los límites de pertenencia, y de no pertenencia a un grupo responden dinámicamente a cambios de contextos situacionales específicos. “Una situación distinta puede traer algunos cambios significativos en el índice de interacciones sociales”.¹⁷³ Merton ejemplifica esto con el caso de quienes fueron miembros de un grupo por una sola ocasión, y que posteriormente abandonaron el grupo aunque no hayan declinado explícitamente.

¹⁷⁰ *Ibid.*, 338

¹⁷¹ *Ibid.*, 340

¹⁷² *Ibid.*

¹⁷³ *Ibid.*

Robert K. Merton argumenta que particularmente en los grupos informales (que no están claramente constituidos) los cambios en el índice de interacción social difuminan los límites del grupo: “esto puede considerarse una de las propiedades funcionales de los grupos informales: su estabilidad depende en parte de esta ambigüedad de pertenencia relativa”.¹⁷⁴ Merton considera que esta ambigüedad genera dificultades prácticas y no teóricas. “Esto apunta a la necesidad de reexaminar y rechazar algunas connotaciones del término perteneciente y no perteneciente”.¹⁷⁵ Ninguno de estos términos responde totalmente a la realidad de manera rigurosa: más bien “parecen existir grados de pertenencia, indicados en parte por el índice de interacción con otros dentro del grupo”.¹⁷⁶

Robert K. Merton asegura que dicho grado de pertenencia tiene implicación en términos como “miembro nominal de grupo”, y “miembro periférico de grupo”. Un miembro nominal es aquel al que otros identifican como:

Involucrado en el sistema social de grupo, pero que de hecho, ha dejado de interactuar con otros en el grupo. [Mientras que] un miembro periférico de grupo es uno que también ha reducido su índice de interacción social con otros en el grupo para que el grupo sólo controle relativamente un poco de su comportamiento.

Por otra parte Robert K. Merton sostiene que los cambios situacionales pueden modificar las definiciones propias, y de otros miembros sobre la pertenencia de grupo. “Cualquier evento continuo que favorezca la interacción entre algunos y reduzca la

¹⁷⁴ *Ibid.*, 340

¹⁷⁵ *Ibid.*

¹⁷⁶ *Ibid.*, 341

interacción entre otros tenderá a generar formaciones de sub-grupos”. Estos sub-grupos se constituyen por miembros que mantienen relaciones sostenidas entre ellos mismos, y que no comparten con el resto del grupo. En ciertas ocasiones, dichos subgrupos pueden convertirse en endogrupos o exogrupos. “un endogrupo es un tipo de grupo de pertenencia especial que se caracteriza por una cohesión interna y una hostilidad hacia el exterior”.¹⁷⁷ Por otro lado, un exogrupo es un grupo ajeno al individuo.

A partir de esto, entiendo que no todos los grupos a los que pertenece un individuo son endogrupos. Además, como aclara Merton, resulta primordial para la teoría de grupos de referencia comprender que no todo grupo de pertenencia es hostil hacia grupos a los que no pertenecen a éste: “La teoría de referencia de grupo sistemáticamente tiene en cuenta la orientación positiva hacia grupos de no pertenencia”.¹⁷⁸ Por ejemplo, las mujeres gordas que desean ser delgadas se orientan positivamente hacia el grupo de las mujeres delgadas.

No Pertenencia

Similarmente al concepto de pertenencia, el concepto de no pertenencia al grupo es mucho menos evidente de lo que aparenta. Robert K. Merton explica que uno de los principales obstáculos para definir claramente la no pertenencia, es la tendencia a definirla de manera residual respecto a la pertenencia. Este tipo de definición, a menudo esconde detalles relevantes para la teoría. Robert K. Merton aclara que:

¹⁷⁷ *Ibid.*, 352

¹⁷⁸ *Ibid.*

Si la categoría de “no pertenencia”, se define únicamente en términos negativos para constar de aquellos que no cumplen con los criterios de pertenencia, sirve para ocultar distinciones básicas entre tipos de no pertenencia. Distinciones que tienen una relevancia particular para la teoría de grupos de referencia.¹⁷⁹

Robert K. Merton argumenta que estas distinciones son observables al rescatar el término bastante olvidado (pero de importancia) de “la completitud”, desarrollado por Georg Simmel. Este concepto “refiere a una propiedad grupal calculada por medio de la proporción de miembros potenciales —aquellos que satisfacen los requerimientos que fueron establecidos por el grupo — quienes son miembros reales”.¹⁸⁰

Merton recalca la importancia de diferenciar la propiedad de completitud de la propiedad de tamaño del grupo. Robert K. Merton aborda esta diferencia de la siguiente manera:

Esto significa que grupos del mismo tamaño absoluto (calculado por el número de miembros) pueden tener grados bastante diferentes de completitud (calculado por la proporción de miembros potenciales que son de hecho miembros). Y correlativamente, esto significa que grupos del mismo tamaño absoluto pueden tener diferencias marcadas de grados de poder social, dependiendo de si abarcan a todos los miembros potenciales o a proporciones variadas de ellos.¹⁸¹

Esto dirige la atención de Merton hacia un punto primordial en la teoría de grupos: el hecho de que los no pertenecientes a un grupo “no constituyen una sola

¹⁷⁹ *Ibid.*, 342

¹⁸⁰ *Ibid.*

¹⁸¹ *Ibid.*

categoría homogénea”.¹⁸² Según Merton existen cuatro atributos a través de los cuales se puede ampliar el concepto de no pertenencia a un grupo específico: primero, la elegibilidad e inelegibilidad para la pertenencia. Segundo, las actitudes dirigidas hacia convertirse en miembros. Tercero, si los grupos son cerrados o abiertos. Cuarto, la perspectiva del tiempo sobre la no pertenencia.

Como expone Robert K. Merton: distinguir entre la elegibilidad, e inelegibilidad para pertenecer a un grupo específico sirve para entender bajo qué términos es posible que los no pertenecientes a un grupo se apropien de las normas del grupo como un marco de referencia positivo.¹⁸³ También argumenta Merton que es más probable que los no pertenecientes al grupo que cumplen con los criterios de elegibilidad, adopten las normas del grupo como un marco de referencia positivo. El segundo juego de atributos que contribuye a aclarar el concepto de la no pertenencia, es el de las actitudes dirigidas hacia convertirse en miembros. Merton identifica tres actitudes que pueden adoptar quienes no pertenecen al grupo: “(a) algunos pueden aspirar a pertenecer al grupo; (b) otros pueden ser indiferentes ante tal afiliación; y (c) otros, incluso pueden estar motivados para mantenerse sin afiliación al grupo”.¹⁸⁴

Merton combina ambos sets de atributos para establecer un conjunto “sistemático e identificable de tipos de relaciones psicosociales de los no pertenecientes a un grupo designado”.¹⁸⁵ Como podemos ver en la tabla 2.

¹⁸² *Ibid*, 343

¹⁸³ *Ibid*.

¹⁸⁴ *Ibid.*, 343.

¹⁸⁵ *Ibid.*, 344.

Tabla 2

Situación de aspirantes a pertenecer.

<i>Estatus definido de grupo de no pertenientes al grupo</i>		
ACTITUD DE LOS NO PERTENECIENTES HACIA LA PERTENENCIA	ELEGIBLE PARA LA PERTENENCIA	INELEGIBLE
<i>Aspira a pertenecer</i>	Candidato a pertenecer	Hombre marginal
<i>Indiferente hacia la afiliación</i>	Miembro potencial	No-miembro desligado.
<i>Motivado a no pertenecer</i>	No-miembro autónomo	No-miembro antagonista (exogrupo)

Fuente: [Los datos de la tabla provienen de] *Social Theory and Social Structure.*

(p.334), por Merton, R. , 1968, New York: The Free Press.

Robert K. Merton expone brevemente la situación de estos tres tipos: el aspirante a pertenecer, el indiferente hacia la afiliación, y el motivado a no pertenecer.¹⁸⁶ El aspirante a pertenecer a un grupo que reúne las condiciones para ser candidato está motivado a adoptar las normas del grupo (por ejemplo, adelgazar y no continuar como mujer gorda para usar cierto tipo de ropa) al que aspira como marco de referencia y es apto para ser recompensado con la inclusión al grupo al que aspira. Mientras que el aspirante inelegible que se involucra en esta socialización anticipadamente, se convierte en un hombre marginal: su grupo de origen puede rechazarlo por repudiar sus valores, además de no ser aceptado por el grupo al que aspira.

¹⁸⁶ *Ibid.*, 334-351.

Por su parte, los no-miembros indiferentes hacia la afiliación no se orientan de ninguna forma hacia el grupo. Sin embargo, el candidato indiferente elegible en ocasiones es buscado por el mismo grupo para convertirlo en un miembro. El tercer tipo de no-miembro es aquel que se siente motivado a no pertenecer. “los individuos elegibles que expresamente rechazan la membresía representan una mayor amenaza para el grupo en ciertos aspectos que los antagonistas, que no podrían convertirse en miembros bajo ninguna circunstancia”.¹⁸⁷ Para los no-miembros indiferentes, el grupo puede convertirse en un grupo de referencia negativo.

El tercer atributo (a través del que se puede ampliar el concepto de no pertenencia a un grupo específico) es lo cerrado o abierto que sea dicho grupo. “así como los individuos difieren respecto a sus aspiraciones de afiliarse o no a grupos particulares, los grupos difieren en cuanto a sus aspiraciones respecto a aumentar o restringir su membresía”.¹⁸⁸ Para explicar este punto, Robert K. Merton recurre a Georg Simmel.¹⁸⁹ Merton explica que Simmel señala que no todos los grupos buscan ampliar su número de miembros. Algunos grupos, de hecho, buscan limitar el número de miembros en su grupo. Por ejemplo, las elites restringen su membresía con el fin de preservar su prestigio y poder, o por cuestiones estructurales que contribuyen a mantener sus relaciones sociales distintivas. Así, la reducción de la grasa corporal al mínimo como norma corporal femenina impide el acceso de un gran número de mujeres a la élite de las mujeres delgadas.

¹⁸⁷ *Ibid.*, 345

¹⁸⁸ *Ibid.*

¹⁸⁹ *Ibid.*

Encontré que una de las posibilidades más pertinentes para estudiar mi tema es considerar a la “elite” de mujeres delgadas como grupos de referencia. Los miembros de las elites (para ser considerados como tales) no tienen por qué interactuar entre sí. Debido a que “[pueden ser] auto constituidas o [sólo] reconocidas socialmente”.¹⁹⁰ Si reconozco que las elites son grupos de referencia, puedo abordar mi tema a través de las mujeres delgadas como una elite socialmente reconocida (aunque no necesariamente auto-reconocida). La elite de las mujeres delgadas es un grupo de referencia al que algunas mujeres gordas aspiran a pertenecer, apropiarse de normas, estándares, valores e ideales para obtener un prestigio social más alto.

Por las mismas razones que algunos grupos prefieren mantenerse cerrados (por poder, prestigio y para mantener sus relaciones sociales distintivas), otros deciden permanecer abiertos. Esta clase de grupo busca convertirse en grupos de pertenencia y en grupos de referencia. Es el caso de un club de *fitness* que busca consolidarse como grupo y funcionar como grupo de referencia para otros. Robert K. Merton explica que la orientación hacia grupos de referencia a los que no se pertenece es mucho más común en sociedades con una movilidad social alta. “En un sistema abierto, la orientación positiva hacia grupos de no pertenencia es más frecuentemente recompensada con la inclusión al grupo; en un sistema cerrado, es mucho más frecuente que esto lleve a intentos frustrados y a un estatus marginal”.¹⁹¹

El último atributo al que se refiere Merton, es la perspectiva del tiempo sobre la no pertenencia. Merton justifica este último atributo por su importancia sociológica: Es

¹⁹⁰ *Ibid.*, 346.

¹⁹¹ *Ibid.*, 346.

clave conocer estatus pasados que afectan el presente y el futuro del individuo, en vez de conocer sólo estatus presentes que constituyen meros datos estadísticos. Merton asegura que la categoría de no-miembro puede “conceptualizarse dinámicamente, en términos de la historia pasada de la membresía, al distinguir entre aquellos que pertenecieron al grupo y los que nunca han formado parte del grupo”.¹⁹²

Robert K. Merton considera que la orientación de quienes fueron miembros de un grupo puede diferir.¹⁹³ Ejemplifica esto con dos posturas posibles de los ex-miembros: la de mostrar ambivalencia hacia el grupo y la del rechazo duradero y rígido hacia el grupo repudiado. De igual manera, el comportamiento del grupo repudiado tiende a ser más hostil hacia los ex-miembros, que hacia aquellos que jamás han pertenecido al grupo. Merton explica que es común que quienes abandonan un grupo, e intentan apegarse de manera más devota a otro, rechacen con más vehemencia las normas del grupo anterior; convirtiéndose en renegados. Correlativamente, el grupo de origen se convierte en un grupo de referencia negativo. De cualquier forma, la clasificación que hace Merton de los no-miembros ayuda a percibir a los no pertenecientes al grupo como una categoría heterogénea, que puede ser definida por sus propias características. Además, contribuye a la investigación de “patrones distintivos del comportamiento de los grupos de referencia”.¹⁹⁴

Grupos de Referencia Positivos y Negativos

Después de examinar la clasificación que hace Merton de los no-miembros, llaman mi atención dos conceptos: los grupos de referencia positivos y los negativos. “el tipo

¹⁹² *Ibid.*, 345

¹⁹³ *Ibid.*, 345-351.

¹⁹⁴ *Ibid.*, 345

positivo involucra asimilación motivada de las normas de grupo o los estándares como base para el auto-aprecio; el tipo negativo involucra rechazo motivado, es decir no sólo la no-aceptación de normas sino la formación de contra-normas”.¹⁹⁵ Con esta explicación entiendo que lo positivo, o negativo de un grupo de referencia no se refiere a una evaluación moral (es decir, que tan “buena influencia” o “mala influencia” es un grupo dado). Lo positivo o lo negativo de un grupo refiere a la asimilación, o rechazo motivado que experimentan los no-miembros hacia un grupo determinado.

Según Robert K. Merton, la investigación sobre los grupos de referencia negativos aún puede ampliarse.¹⁹⁶ Las indagaciones podrían comenzar por asumir que existen actitudes, valores y conocimientos que podrían ser funcionales social o personalmente. Pero, dichos valores, actitudes, y conocimientos son rechazados sólo por ser identificados con un grupo de referencia negativo. Por ejemplo, el repudio que experimenta a menudo la idea del respeto hacia la diversidad corporal, propuesta por activistas a favor de los derechos de las personas gordas en Estados Unidos. Dichas propuestas a menudo son rechazadas, sólo por asociarse con un grupo de personas gordas.

Encuentro mucho más sencillo retomar a la élite de las mujeres delgadas como grupo de referencia para los fines de mi análisis. Retomar a dicha élite, muestra cómo podría aplicar el concepto de grupo de referencia positivo. La idea de tomar como grupo de referencia positivo a las mujeres delgadas y la existencia de grupos de referencia negativos, generó dos cuestionamientos principales para mi investigación:

¹⁹⁵ *Ibid.*, 354

¹⁹⁶ *Ibid.*, 354-356.

Aparte de tomar a la elite de las mujeres delgadas como grupo de referencia positivo, ¿es posible considerar a las mujeres gordas como un grupo de referencia negativo? ¿Bajo qué condiciones las mujeres gordas podrían ser consideradas como un grupo de referencia negativo?

De ser así, además de abordar a las mujeres delgadas como una elite que funciona como grupo de referencia positivo, podría pensar en las mujeres estigmatizadas por ser gordas como un grupo de referencia negativo.

Colectividades y Categorías sociales

Robert K. Merton también identifica otros dos conceptos que puedo incluir en los grupos de referencia sin ser grupos en términos estrictos: las colectividades y las categorías sociales.¹⁹⁷ Una colectividad se diferencia de un grupo porque abarca a un gran número de personas que no interactúan entre sí (mayoritariamente) pero que comparten un cuerpo de normas sociales y valores. Y además, sienten la obligación moral de cumplir con ciertos roles determinados (la élite de las mujeres delgadas califica como colectividad).

Robert K. Merton aclara que:

Por otra parte las categorías sociales son sumas de estatus sociales, cuyos ocupantes no interactúan socialmente. Estos tienen características sociales *similares* —de sexo, edad, estado civil, ingresos, y así sucesivamente— pero no necesariamente están orientados hacia un cuerpo distintivo de normas sociales comunes”.¹⁹⁸

¹⁹⁷ *Ibid.*, 353

¹⁹⁸ *Ibid.*, 353.

Sin embargo, cuando sucede que los ocupantes de dichas categorías sociales comparten intereses y valores similares pueden movilizarse dentro de grupos determinados. “Dado que tienen estatus similares, y consecuentemente intereses similares, las categorías sociales pueden desplazarse dentro de colectividades o de grupos”.¹⁹⁹ Merton plantea que el término grupo de referencia puede incluir de manera indiferenciada varias formas de grupo y formaciones sociales de diferentes tipos. Aunque considera que aún queda mucho por explorar con respecto a las colectividades y las categorías sociales, para especificar las maneras en que pueden ser considerados grupos de referencia. “Falta ver si el comportamiento del grupo de referencia difiere de alguno de estos amplios tipos de formaciones sociales [colectividades o categorías sociales] si se toman como marco de referencia”.²⁰⁰

Existe la posibilidad de que las mujeres gordas también entren como colectividad, para ser analizadas como grupo de referencia negativo. Al respecto Goffman plantea que “una buena parte de aquellos que entran en cualquier categoría de estigma se pueden referir a la totalidad de sus miembros con el término de ‘grupo’”²⁰¹ aunque de manera formal nunca habrá una interacción entre la totalidad de sus miembros. Para concluir su análisis, Merton resalta que “la operación de control social en los grupos difiere a la de otras colectividades como resultado de diferencias entre los sistemas de interacción”.²⁰² También propone Merton preguntarse cuáles son estas diferencias para ampliar la teoría de grupos de referencia.

¹⁹⁹ *Ibid.*, 353-354

²⁰⁰ *Ibid.*, 345

²⁰¹ Erving Goffman. *Stigma*, 23.

²⁰² *Ibid.*, 353.

CAPÍTULO IV:

ESTIGMA

Estigma y Gordura

*“Sometimes I’m Fat, and sometimes I’m not”.*²⁰³

S. Bear Bergman

Como sugiere la frase de S. Bear Bergman, el estigma de la gordura no siempre se da en el mismo grado. Bergman argumenta que aunque su apariencia siempre es la misma “Sólo soy Gordo[a] en el sentido normativo, cultural, ‘Ew, asco, mira como tiembla’ alrededor de un tercio de las veces. Si soy Gordo[a] depende de si la persona o personas que me miran creen que soy un hombre o una mujer.”²⁰⁴ El estigma es “un atributo profundamente desacreditador”²⁰⁵ que se asume en relación a otros. Erving Goffman también afirma que “un atributo no es ni honroso ni ignominioso en sí mismo”.²⁰⁶

La sociedad “establece los medios para categorizar a las personas y la totalidad de atributos que se creen comunes y naturales para los miembros de cada una de estas categorías”.²⁰⁷ Y, aunque “existen atributos importantes que casi en cualquier

²⁰³ S.Bear Bergman, “Part-time fatso” en *The Fat Studies Reader*, editado por Esther Rothblum y Sondra Solovay (Nueva York y Londres: New York University Press, 2009). [Versión kindle]. Véase en particular encabezado. Beargman habla desde su experiencia transmasculina al ser gordo. Su identidad le permite experimentar la diferencia en la experiencia social de ser gordo o gorda.

²⁰⁴ S.Bear Bergman, “Part-time fatso” Véase en particular Párr. 1-2. [Versión kindle].

²⁰⁵ Erving Goffman, *Stigma*, 3.

²⁰⁶ Erving Goffman, *Estigma*, 13.

²⁰⁷ Erving Goffman, *Stigma*,3.

parte de nuestra sociedad resultan desacreditadores,²⁰⁸ su prestigio o desprestigio y el grado de éste, depende más bien de qué tanto se apega un individuo a lo que se espera de él: “debe advertirse, también, que no todos los atributos indeseables son tema de discusión, sólo [pueden ser un estigma] aquellos que son incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debería ser determinado tipo de individuo”.²⁰⁹

Entonces, de manera general un estigma es un “tipo de relación especial entre atributo y estereotipo”.²¹⁰ Esto explica la experiencia que describe S. Bear Bergman al ser una persona gorda. Su cuerpo gordo resulta mucho más problemático cuando es interpretado como el de una mujer. En nuestra sociedad los ideales de belleza están mucho más entrelazados al estereotipo de cómo debe ser una mujer. Naomi Wolf explica que “la cualidad llamada ‘belleza’ existe objetiva y universalmente [...]. Esta corporización es un imperativo para las mujeres y no para los hombres”.²¹¹ Dentro de este estereotipo, la delgadez tiene un gran protagonismo, tanto, que Susan Bordo le llama “la tiranía de la delgadez”.²¹²

Goffman advierte que el estigma necesita interpretarse desde “un lenguaje de de relaciones, no atributos [...]”. Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede

²⁰⁸ *Ibid.*,4.

²⁰⁹ *Ibid.*,3.

²¹⁰ *Ibid.*, 4.

²¹¹ Naomi Wolf, *The Beauty Myth: How Images of Beauty are Used Against Women* (Nueva York: HarperCollins Publishers Inc., 2013), 12. En la traducción de la palabra *embody* me apegué al uso que Mari Luz Esteban sugiere: ella usa la palabra corporización como sustantivo y encarnación como verbo. Para ver esta discusión consulte su artículo “Antropología encarnada. Antropología desde una misma” Véase en particular las páginas 3-4.

²¹² Susan Bordo, *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body*.

confirmar la normalidad en otro”.²¹³ Por esta razón, a pesar de que la gordura es una característica desacreditada de forma generalizada en nuestra sociedad, existen distintos grados de estigma entre los individuos gordos. S. Bear Bergman experimenta un alto grado de estigmatización cuando le toman mujer. Dado que para las mujeres la gordura es “un atributo profundamente desacreditador.”²¹⁴

Debo aclarar, antes de avanzar más en este capítulo que las categorías de “los estigmatizados” y los “normales” no son categorías fijas. “El estigma no involucra del todo a un set concreto de individuos divididos en dos alteros, los estigmatizados y los normales.”²¹⁵ Goffman explica que todos los individuos de la sociedad toman ambos roles en algún momento de sus vidas. El que una persona posea un atributo particular estigmatizado por un periodo prolongado, provoca que asuma el rol del estigmatizado en casi todas las situaciones sociales. Por esta razón, nos referimos a este tipo de persona como el estigmatizado.²¹⁶ Sin embargo es necesario considerar que cualquier persona puede alternar entre ambos roles. Sea que se encuentren ante miembros de otra categoría estigmatizada, o ante los suyos.

Rutinariamente “usamos términos específicos del lenguaje del estigma como tullido, bastardo, idota en nuestro discurso cotidiano, como un tipo de metáfora e imaginario, sin que típicamente pensemos en su significado original.”²¹⁷ Como cuando en México decimos que alguien “nos cae gordo” para decir que nos resulta antipático; que se armó la “gorda” para referirnos a un problema de gravedad o que nos portamos

²¹³ Erving Goffman, *Stigma*, 3.

²¹⁴ Erving Goffman, *Stigma*.

²¹⁵ *Ibid.*, 138.

²¹⁶ *Ibid.*

²¹⁷ *Ibid.*, 6.

como “gordos” para decir que comimos de más. Todas estas expresiones revelan frecuentemente la animosidad y prejuicio que existe socialmente hacia las personas gordas.

Goffman explica que a una persona estigmatizada generalmente se le percibe como alguien indeseable.²¹⁸ En nuestra cultura occidental existe una profunda aversión por la gordura y la grasa, y en definitiva ser gordo es algo “indeseable.” Basta prender la televisión o abrir una revista para percatarnos de que abundan los mensajes y “anuncios para productos reductores de peso que articulan ansiedad, desprecio, incluso indignación hacia la gordura que prometen erradicar.”²¹⁹ Las personas gordas posee “un estigma, una desagradable diferencia que no habíamos previsto,”²²⁰ que se impone por la fuerza a nuestra atención. Una persona estigmatizada por ser gorda, de hecho se convierte en alguien desacreditada, le “reducimos en nuestras mentes de una persona entera y corriente a una corrupta [manchada], e incompleta”.²²¹

En nuestra sociedad occidental, a menudo en diversos tipos de productos mediáticos a la gente gorda se le toma por fenómenos o se les usa como utilería. Por ejemplo, en un programa español del canal 5 tele cinco llamado “*Killer Karaoke*” las personas tienen que pasar por diversas pruebas de “valor” mientras cantan una canción.²²² Una concursante llamada Raquel tiene que atravesar el “túnel del terror” por

²¹⁸ Erving Goffman, *Stigma*,

²¹⁹ Amy Erdman Farrel, *Fat shame*, Véase en particular: “considering fat shame” párr. 8

²²⁰ Erving Goffman, *Stigma*,5.

²²¹ *Ibid.*, 3.

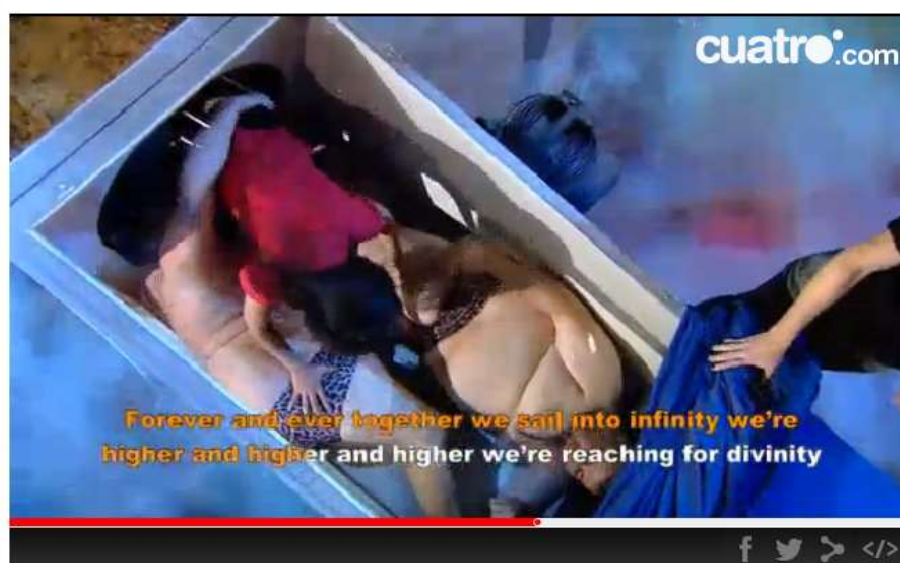
²²² Conecta 5 Telecinco S.A. “Raquel entra con ‘*Euphoria*’ en el túnel del terror de ‘*Killer Karaoke*” Video de *Cuatro*,4:35, 27 de noviembre de 2014,

donde tiene que pasar arrastrándose entre palomas, grillos, saltamontes, y ¡personas gordas! para probar su valor. “Raquel es una promesa de la canción de Ocaña que se presenta al programa para superar sus miedos. ¡Y qué mejor forma para conseguirlo que entrar cantando en un túnel con bichos, serpientesy [sic] gordacos!”²²³

terror de 'Killer Karaoke'

Primer duelo: Laura VS Raquel

27.11.14 | 00:30h.



Raquel es una promesa de la canción de Ocaña que se presenta al programa para superar sus miedos. ¡Y qué mejor forma para conseguirlo que entrar cantando en un túnel con bichos, serpientesy gordacos!

Figura 2. Raquel pasando por el túnel del “terror” Fuente: Conecta 5 Telecinco S.A. “Raquel entra con ‘Euphoria’ en el túnel del terror de ‘Killer Karaoke’” Video de Cuatro, 4:35, minuto: 2:53

Los hombres gordos en el túnel pierden su calidad humana ante nuestros ojos. Sus cuerpos son usados en este programa como utilería para probar el valor de la

http://www.cuatro.com/killerkaraoke/programas/t01xp04/Raquel-Euphoria-terror-Killer-Karaoke_2_1898430154.html

²²³ Conecta 5 Telecinco S.A. “Raquel entra con ‘Euphoria’ en el túnel del terror de ‘Killer Karaoke’” Véase en particular el píe de video. http://www.cuatro.com/killerkaraoke/programas/t01xp04/Raquel-Euphoria-terror-Killer-Karaoke_2_1898430154.html

concurante que tras probar su valentía se convierte en alguien digna de admiración. Además, los gordos “son tan indeseables” que en el trayecto del túnel están ubicadas justo por debajo de los saltamontes y antes de las trampas de goma y las serpientes; aunque en el texto al pie del video los gordos aparecen como la peor posibilidad a la que se enfrenta la concursante en el túnel.

La sociedad atribuye numerosas características a los estigmatizados basándose en el “defecto” original que posee dicho individuo.²²⁴ Estas características son “del tipo menos deseable –en extremo, [le convertimos en] una persona que es casi enteramente mala, peligrosa o débil.”²²⁵ El estigma, por tanto, tiene que ver con la identidad de las personas.

Estigma, gordura e identidad

Goffman llama “identidad social” a aquello que nos permite clasificar a las personas y ubicarlas en una categoría. La gordura por ejemplo es un atributo que forma parte de la identidad social de las personas. Como explica Goffman, el estigma se deriva de una discrepancia especial entre la identidad social virtual de un individuo y su identidad real.²²⁶ Goffman plantea que la identidad social se compone de dos tipos de identidades “la identidad social virtual” como aquella según la cual le atribuimos supuestos al individuo sobre la categoría de persona que es, basada en sus atributos; mientras que “la identidad social real” muestra la categoría de individuo en la que nos ubicamos, basada en “los atributos que puede demostrarse que de hecho tenemos”.²²⁷

²²⁴ *Ibid.*

²²⁵ Erving Goffman, *Stigma*, 5.

²²⁶ *Ibid.*, 2.

²²⁷ *Ibid.*, 2.

Es decir, cuando vemos a una mujer gorda, de hecho solo podemos probar que posee un cuerpo gordo (su identidad real), sin embargo, basándonos en su gordura, le atribuimos una gran cantidad de características negativas (identidad social virtual).

Goffman clasifica al estigma en tres categorías: la primera es aquella de las deformidades físicas; la segunda es la de aquellos individuos percibidos como débiles de carácter o poseedores de una enfermedad mental; en la tercera categoría se ubican los estigmas de tipo tribal.²²⁸ Éste es un estigma que puede ser heredado, es decir de religión, nación o raza, susceptible a transmitirse por herencia. El estigma tribal puede “contaminar a todos los miembros de la familia de la misma manera,”²²⁹ la carga de los pecados de los padres impuestas a los hijos.

Amy Farrel nota que la gordura entra a la vez en dos clases de categorías de estigmas: el de la deformidad física, puesto que una persona gorda no puede esconder su cuerpo. En segundo lugar, el del orden moral: a la persona gorda se le atribuyen debilidades de carácter, e inhabilidad para controlarse, sugiere que la gordura podría entrar en el tercer tipo de estigma.²³⁰ A mí me gustaría agregar que las personas gordas también encajan en el tercer tipo de estigma. Aunque la gordura no sea un atributo religioso o racial, socialmente se considera un atributo heredado. La sociedad asume que los hijos de padres gordos serán gordos, y que si los amigos de dicho hijo son gordos, es muy probable que él también lo sea.

²²⁸ Erving Goffman, *Stigma*, 4-5.

²²⁹ *Ibid.*, 4.

²³⁰ Amy Farrel, *Fat Shame*, Stigma and Fatness, Parr. 1 [Versión kindle]

Goffman aclara también cómo, en Gran Bretaña, “el estatus de clase baja funcionaba como un importante estigma tribal”.²³¹ A pesar de no tratarse de una cuestión religiosa, ni de nacionalidad o raza, sólo por pertenecer a una familia, o ambiente de clase baja, la persona era estigmatizada. Entendí a partir de ese ejemplo que el estigma de la gordura puede ser “socialmente heredado”. Relacioné el estigma tribal a la gordura al recordar el argumento de quienes califican a la gordura como una “enfermedad contagiosa”.

Encontré un ejemplo del argumento anterior en esta nota periodística de Inga Kiderra. Ella explica que un estudio de Harvard y de la University of California, San Diego, demostró que si los amigos o miembros de la familia de una persona son “obesos” existe una gran probabilidad de que dicha persona también lo sea: “El que una persona se vuelva obesa muy probablemente cambia las normas de lo que se considera un ‘tamaño corporal apropiado’ [comillas añadidas]”.²³²

Un individuo que posee un estigma “posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y [...] nos lleva a alejarnos de él cuando [nos] lo encontramos [...] [el mismo individuo] posee un estigma, una indeseable diferencia que no habíamos previsto”.²³³ La gordura, entonces, es triplemente estigmatizada en nuestra sociedad. Es un atributo físico que no se puede ocultar; un atributo del que se asumen características morales negativas y que además se percibe como “contagioso” y susceptible a heredarse. Esto explica parcialmente por qué resulta ser un atributo tan desacreditador.

²³¹ Erving Goffman, *Stigma*, 4.

²³² Inga Kiderra, “Obesity is Socially Contagious”, *UCSD News Center* (San Diego) 25 de Julio de 2007.

²³³ Erving Goffman, *Estigma*, 14.

Erving Goffman afirma que generalmente a las personas estigmatizadas se les deshumaniza y al valerse de esta suposición los “normales” discriminamos a la persona estigmatizada, lo que reduce (muchas veces inintencionadamente) sus posibilidades de vida.²³⁴ Entonces, “construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y damos cuenta del peligro que representa [...]. Basándose en el ‘defecto’ [comillas añadidas] original, tendemos a atribuirle un elevado número de imperfecciones”.²³⁵

A las personas gordas se les atribuye ser “perezosas, glotonas, codiciosas, inmorales, incontrolables, estúpidas, feas, y faltas de fuerza de voluntad.”²³⁶ Esto, sin siquiera conocerles y probar si de hecho poseen alguna de estas características. Este descrédito, en parte, es lo que lleva a los individuos a adherirse a normas e ideales dominantes. Adriana Fuentes y Guitté Hartog explican que de acuerdo a su investigación “La repulsión hacia las mujeres gordas no necesita ocultarse, se expresa con seguridad y argumentos cuando se les pregunta sobre las causas de un trato desigual hacia las mujeres gordas.”²³⁷

Uno de los argumentos más socorridos para justificar el estigma y la discriminación, es la salud. En el capítulo de medicalización, expliqué que a las personas gordas se les estigmatiza en parte, porque se les percibe como “malsanas” independientemente de su estado de salud real y que por esta razón se les considera moralmente malas y un peligro para la sociedad. Para ejemplificar esto, revisé un

²³⁴ Erving Goffman, *Stigma*, 5.

²³⁵ *Ibid.*, 5.

²³⁶ Amy Farrel, *Fat Shame*, [Versión kindle]. Véase en particular párr.8

²³⁷ Adriana Fuentes y Guitté Hartog. “La insostenible pesadez de los prejuicios” 159

editorial del diario *El Universal*. Carlos Rocha escribe en su artículo: “*Por atascados: le costamos al país 45 mil millones de pesos cada año; condenamos a nuestros hijos a la diabetes; y nos vamos a morir más pronto*. Los mexicanos adultos ocupamos el segundo lugar en todo el planeta de *barrigones y barrigonas* y vamos *rodando* veloces al primer lugar.”²³⁸ El comentario de Carlos Rocha sólo muestra como en nuestra cultura generalmente percibimos a las personas gordas como malsanas, asquerosas, glotonas y codiciosas.

Como explica Goffman, basándonos en su gordura que les atribuimos un elevado número de características negativas y construimos una teoría del estigma. Usamos esta lógica para justificar nuestra animosidad. Encontramos natural, y justificable el mal trato y la discriminación dirigido a este tipo de persona “corrupta.” Goffman aclara que a menudo esto sucede sin que “los normales” tengan la intención de reducir las posibilidades del estigmatizado. Muchas personas creen que es una manera adecuada de “ayudarlos” o motivarles. Esta, es una forma en que opera el estigma para asegurar la adherencia de los sujetos a normas sociales establecidas.

La mofa, como la de Carlos Rocha, la agresión y el desprecio mantiene a los prejuicios y a la discriminación hacia las personas gordas funcionando para asegurar la adherencia a normas e ideales corporales. Esto perpetúa de manera indefinida las relaciones sociales desiguales, que mantienen en funcionamiento el actual sistema social. Por supuesto, concuerdo con Goffman cuando enfatiza que en América (y yo creo que en México sucede lo mismo) las personas estigmatizadas internalizan las

²³⁸ Carlos Rocha, “México Gordo”. *El Universal* (México, DF.), 25 de febrero, 2010. (Cursivas añadidas). Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/columnas/82611.html>

ideas sociales sobre su propio estigma. El estigmatizado tiende a percibirse como un ser humano como todos, alguien que merece las mismas oportunidades que “los demás.”²³⁹ Sin embargo:

Puede percibir, usualmente de forma acertada, que a pesar de lo que otros profesen, no le ‘aceptan’ y no están listos para establecer contacto en ‘condiciones iguales.’ Además, los estándares que ha incorporado de la sociedad le preparan para estar íntimamente enterado de lo que otros ven como su defecto, inevitablemente provocando, tal vez sólo momentáneamente, que coincida en que de hecho no cumple con eso que él debería ser.²⁴⁰

Es decir, dado que las personas nos desenvolvemos en la misma sociedad, aprehendemos las mismas normas, ideales y nociones que los demás. A este proceso se le llama internalización. Peter L. Berger y Thomas Luckman explican que “la internalización, en este sentido general, constituye la base, primero, para la comprensión de los propios semejantes y, segundo, para la aprehensión del mundo en cuanto realidad significativa y social.”²⁴¹ Una persona gorda aprende a verse a sí misma, por lo menos momentáneamente como una persona “defectuosa.”

Las personas estigmatizadas, tienden a tener experiencias de vida similares y “cambios similares en su concepción de sí mismas –una “carrera moral” similar que son ambas causa y efecto de su sometimiento a una secuencia similar de ajustes

²³⁹ *Ibid.*, 7.

²⁴⁰ *Ibid.*

²⁴¹ Peter L. Berger P. y Thomas Luckmann, *La Construcción Social de la Realidad* (Buenos Aires: Amorroutu editores, 2008), 162-163.

personales.”²⁴² Goffman explica que la carrera moral de una persona estigmatizada se establece inicialmente en dos fases,

una fase de este proceso de socialización es esa a través del que la persona estigmatizada aprende e incorpora el punto de vista de los normales [internalización], adquiriendo así las creencias de identidad de la sociedad en general y la idea habitual de cómo sería poseer un estigma particular. Otra fase es aquella por medio de la que aprende que él posee un estigma particular y, esta vez en detalle, las consecuencias de poseerlo.²⁴³

La interacción y los momentos en que ambos procesos suceden para una persona estigmatizada dan como resultado, dos tipos de patrones particulares en su carrera moral: aquellos que han portado un estigma de nacimiento y “se les ha socializado en su situación desventajosa,”²⁴⁴ y aquéllos que lo descubren o adquieren después.²⁴⁵ En ambos casos la fuente del conocimiento de su estigma se deriva de situaciones sociales como “el primer día de escuela, con burlas, provocaciones, ostracismo, y peleas”.²⁴⁶ También puede surgir en eventos sociales significativos como buscar trabajo o las relaciones románticas.

Además de la identidad social, las personas, poseen una identidad personal, que en lo que concierne al estigma se relaciona más con “en el sentido criminal y no el

²⁴² Erving Goffman. *Stigma*, 31.

²⁴³ *Ibid.*, 32.

²⁴⁴ *Ibid.*

²⁴⁵ *Ibid.*

²⁴⁶ *Ibid.*, 34.

psicológico.”²⁴⁷ Y que es vital para comprender los procesos de manejo del estigma. Erving Goffman menciona que la identidad personal tiene que ver con marcas afirmativas o etiquetas que identifican a un individuo como ese individuo en específico y

la combinación única de los productos de la historia de vida que llegan a unirse al individuo con la ayuda de estas etiquetas para su identidad. La identidad personal, entonces, tiene que ver con la suposición de que el individuo puede ser diferenciado de todos los demás y que alrededor de estos recursos de diferenciación un solo record continuo de hechos sociales puede estar unido, enredado como un algodón de azúcar, convirtiéndose entonces en la substancia pegajosa a la que otros hechos biográficos pueden unirse.²⁴⁸

No me extenderé más sobre este asunto en esta tesis, sin embargo quería referir que la identidad social no es la única de interés cuando hablamos de un estigma. Pues la identidad personal tiene que ver con como un individuo en particular maneja su estigma.²⁴⁹

Ambos tipos de identidad pueden ser mejor entendidos cuando los unimos y los comparamos a lo que Erickson y otros han llamado identidad del “ego” o “sentida”, es decir, la percepción subjetiva de su propia situación y de su misma continuidad y carácter que el individuo llega a obtener como resultado de sus distintas experiencias.²⁵⁰

²⁴⁷

²⁴⁸ *Ibid.*, 57.

²⁴⁹ *Ibid.*, Véase en particular “Information control and personal identity”, 41-104.

²⁵⁰ *Ibid.*, 105.

Goffman explica que mientras que la identidad social, nos permite comprender el proceso de estigmatización y el de identidad personal el manejo de dicho estigma, el de identidad del ego “nos permite considerar lo que el individuo puede sentir sobre el estigma y su manejo.”²⁵¹

Estigma, gordura e información social.

Otro asunto que considero pertinente aclarar es que un estigma como la gordura aunque esté ampliamente extendido en nuestra sociedad siempre varía entre individuos de distintos tipos, incluso entre aquellos que pertenecen a la misma categoría estigmatizada. Primero, porque como expliqué antes, depende de qué tanto se apegue un determinado tipo de individuo a la categoría en que lo hemos ubicado. Y segundo porque no todas las personas que miran al individuo estigmatizado interpretan dicho signo de la misma manera. Goffman explica que debemos evitar “la suposición tácita de que de algún modo el público en general estará involucrado en [dicha] observación”.²⁵² El que un individuo sea estigmatizado, no depende por sí mismo de aquello que consideramos un símbolo de estigma, también depende del observador:

Un médico que encuentra en la calle a un hombre que posee manchas rojas opacas en la cornea y dientes con muescas, sabe que encontró a alguien que posee dos signos de la enfermedad de Hutchinson y es probable que también esté sífilítico. Otros presentes, de cualquier manera, [ciegos a la percepción médica], no ven mal alguno.²⁵³

²⁵¹ *Ibid.*, 106.

²⁵² *Ibid.*, 50.

²⁵³ *Ibid.*, 51.

Entonces, a nivel de relación personal, el que alguien estigmatice o no a una mujer gorda depende también de su propio grado de internalización sobre las nociones de la gordura y que tanto concuerde con las nociones socialmente extendidas.

En nuestra sociedad, una persona gorda cumple con los tres tipos de estigma descritos por Goffman, y es difícil que escape a nuestra vista en el contacto cara a cara, aunque trate de esconder dicho atributo físico. Erving Goffman diría que se trata de un atributo evidente de manera inmediata y además altamente estigmatizado. Como la fealdad, la gordura es un estigma que “se centra en situaciones sociales.”²⁵⁴ Por lo tanto para estudiar el estigma, la información social, es decir información sobre el individuo y sus características “más o menos perdurables,”²⁵⁵ resultan de suma importancia. Para que la información sobre la identidad de los individuos sea del tipo social Goffman dice que debe ser “reflexiva y encarnada; eso significa, que es llevada por la misma persona sobre la que trata, y transmitida a través de la expresión corporal en la presencia inmediata de aquellos que reciben dicha expresión.”²⁵⁶

Una tipo de información social pueden ser los símbolos, éstos “pueden establecer una declaración especial de prestigio, honor, o clase social deseable”²⁵⁷ a este tipo de símbolos se les conoce ampliamente como “símbolos de status,” Goffman aclara que el término más preciso sería “símbolos de prestigio.”²⁵⁸ Dado que los símbolos de status sólo aplican cuando se habla de posiciones sociales bien establecidas. Goffman plantea que “los símbolos de prestigio pueden contrastarse con

²⁵⁴ Erving Goffman. *Stigma*, 50.

²⁵⁵ *Ibid.*, 43.

²⁵⁶ *Ibid.*

²⁵⁷ *Ibid.*

²⁵⁸ *Ibid.*

los símbolos de estigma, concretamente, signos que son especialmente efectivos para dirigir atención a cierta discrepancia de identidad devastadora, rompiendo lo que de otra forma sería una imagen del todo coherente, con la consecuente reducción de nuestra valoración sobre dicho individuo.”²⁵⁹

De hecho, la gordura es un símbolo de estigma (o de desprestigio) para las mujeres. Principalmente porque rompe con el estereotipo de lo que debería ser una mujer. En México la delgadez prevalece como parte esencial del estereotipo de belleza femenina. Adriana Fuentes y Guitté Hartog encontraron que en el estado de Puebla “Si bien a la mujer bella físicamente se le concede una belleza interior, salud, delgadez, popularidad, dinero [...], antagónicamente a la mujer fea se le caracteriza como espantosa, gorda, chaparrita por lo que su existencia parece una condena a la infelicidad y al rechazo”.²⁶⁰ Resulta evidente a partir de los resultados de Fuentes y Hartog, que la delgadez es un símbolo de prestigio femenino, mientras que la gordura es un símbolo de estigma entre las mujeres poblanas. Me atrevo a afirmar que lo mismo sucede entre las mujeres Mexicalenses.

Goffman menciona que además de los símbolos de prestigio y los símbolos de estigma como elementos que nos brindan información social sobre el individuo, existen “desidentificadores”. Es decir, son un tipo de signo, que igual que el símbolo de estigma tiende a romper una imagen coherente de un individuo, pero “en una dirección positiva deseada por el actor.”²⁶¹ Por ejemplo podría ser la mujer que es gorda pero hace dieta

²⁵⁹ *Ibid.*, 43-44

²⁶⁰ Adriana Fuentes y Guitté Hartog. “La insostenible pesadez de los prejuicios” 159.

²⁶¹ *Ibid.*, 44

o ejercicio. Es la imagen que socialmente tenemos del “buen gordito,”²⁶² que trabaja para obtener la “redención moral” y dejar de ser gordo.

Estigma y Control Social

En mi planteamiento mencioné que mi hipótesis preliminar es que el estigma funciona como un mecanismo social que impone normas e ideales corporales dominantes. Explicaré brevemente por qué creo que el estigma puede ser abordado como uno de estos mecanismos en lo que concierne a mi investigación sobre las mujeres gordas. Aún necesito comprobar esta hipótesis con datos empíricos y con una teoría general que me ayude a explicar cómo es que el estigma afecta a la estructura social. Esto para comprender más completamente del fenómeno que seleccioné para esta investigación. Mi propósito en el desarrollo de esta hipótesis —sea rechazada o comprobada— es sentar la base para una investigación similar o posterior a ésta.

Erving Goffman evidencia que las personas estigmatizadas se encuentran en una relación asimétrica —es decir sistemáticamente desigual— frente a las “normales”.²⁶³ Lo anterior, considerando que como explica Erving Goffman los atributos que posee un sujeto no son deshonrosos o prestigiosos por sí mismos; pueden convertirse en prestigiosos o ignominiosos según el significado que la sociedad le asigne a determinados atributos.²⁶⁴ Erving Goffman detalla cómo la mala reputación

²⁶² Reagan Chastain. *Dances with the fat*. [sitio web] Recuperado el 6 de diciembre de 2014 de <http://danceswithfat.wordpress.com/> Reagan Chastain es una activista a favor de los derechos de las personas gordas y a menudo se refiere en su blog a la diferencia que socialmente hacemos entre “the good fatties” y “the bad fatties” a menudo para aseverar que no hay tal cosa, y que independientemente de su estado de salud, todas las personas merecen el mismo tipo de respeto.

²⁶³ Erving Goffman, *Estigma*.

²⁶⁴ *Ibid.*, 3.

cumple una función del control social.²⁶⁵ El desprestigio, o la mala reputación, sirven para que las personas continúen obedeciendo las normas y respondiendo a ideales dominantes.²⁶⁶ (Por ejemplo, los ideales a los que se ajustan las mujeres delgadas). Esto contribuye a mantener relaciones asimétricas de poder en la sociedad.

Erving Goffman dice que una de las condiciones necesarias para el funcionamiento social es que los individuos posean “un conjunto único de expectativas normativas”.²⁶⁷ Al respecto Robert K. Merton indica que el conocimiento de estas normas y valores prevalecientes, no es simplemente un dato “que varíe empíricamente entre los individuos”.²⁶⁸ El conocimiento de estos datos está moldeado por la estructura del grupo. Merton sostiene que dicho conocimiento se relaciona con el estatus que dicho individuo ocupa en la estructura del grupo. Por lo tanto, en lugar de asumir un conocimiento empírico de dichas normas, conviene revisar las relaciones pautadas entre los individuos.

Es en este punto dónde los grupos referencia y de pertenencia y del endogrupo y exogrupo tienen relevancia. Goffman explica que dado que las personas estigmatizadas se desarrollan en la misma comunidad que todos los demás, generalmente internalizan en cierto grado los estándares de identidad que el resto. Y “que aplica[n] a sí mismo[s] a pesar de que falla[n] en ajustarse a éstos.”²⁶⁹ Es entonces “inevitable que [el estigmatizado] sientan cierto grado de ambivalencia hacia

²⁶⁵ *Ibid.*, Véase en particular “the self and its other”.

²⁶⁶ Erving Goffman, *Estigma*.

²⁶⁷ Erving Goffman. *Estigma*, 149.

²⁶⁸ Robert K. Merton. *Social Theory and Social Structure*, 390.

²⁶⁹ Erving Goffman. *Stigma*, 105.

sí mismo.”²⁷⁰ Goffman explica que estas ambivalencias pueden materializarse por medio “del grado de identificación y de asociación que [un individuo] sostiene con sus compañeros estigmatizados.” ²⁷¹ es decir con los miembros de la colectividad de individuos que tienen el mismo estigma que él, y que socialmente identificamos como un grupo de referencia, como el grupo de las mujeres gordas.

Otro tipo de ambivalencia, según Goffman es la tendencia que existe entre los individuos estigmatizados de “estratificar a los ‘suyos’ de acuerdo a en qué tanto grado su estigma es aparente y obtrusivo.” ²⁷² Una persona estigmatizada “puede de hecho tomar el mismo tipo de actitudes que los normales tienen hacia el [cuando encuentra a alguien] más evidentemente estigmatizado que él.”²⁷³ Una mujer gorda también puede discriminar y prejuizar a otras mujeres gordas; a esas “que sí son gordas de verdad.”

A propósito Erving Goffman explica que el que una persona se percate o no de un estigma tiene que ver con el grado de visibilidad (o de perceptibilidad) de dicho estigma:

siendo que a través de nuestro sentido de la vista el estigma de otros se torna evidente más frecuentemente, el término visibilidad, tal vez no esté tan desorientado. De hecho el término perceptibilidad sería más preciso, y “evidenciabilidad” más preciso aún [...] un tartamudeo, después de todo es un defecto muy “visible”, pero en primera instancia por el sonido, no la vista.²⁷⁴

²⁷⁰ *Ibid.*

²⁷¹ *Ibid.*

²⁷² *Ibid.*, 107

²⁷³ *Ibid.*

²⁷⁴ Erving Goffman, *Stigma*, 48.

Por lo tanto, la visibilidad refiere a qué tan evidente resulta para los sentidos humanos un estigma. Erving Goffman también señala que para evitar confusiones se debe diferenciar el término de visibilidad de otros tres muy parecidos: a) el conocimiento previo del estigma; b) el grado de obstrucción del estigma, y c) su enfoque percibido. El conocimiento previo, significa estar al tanto del estigma de una persona por contacto previo con el estigmatizado, o estar enterado antes del contacto. El grado de obstrucción es qué tanto interfiere dicho estigma con el flujo de interacciones sociales del individuo. Finalmente el enfoque percibido se refiere a la esfera de actividad específica de la que se excluye o se descalifica a alguien con un estigma específico.²⁷⁵

Goffman explica que sin importar si una persona estigmatizada tiene una relación cercana con otras personas como él, un individuo estigmatizado “puede exhibir ambivalencia de identidad cuando observa de cerca de uno de los suyos comportándose en una manera estereotípica, extravagante o actuando lamentablemente como los atributos negativos que se les imputan.”²⁷⁶ Por ejemplo la aversión que sienten algunas mujeres gordas al ver a otra mujer gorda usando prendas ajustadas, o reveladoras o cuando una mujer gorda se atreve a comer sin restricciones en público. Goffman explica que el observador puede sentir aversión por dicha persona, pero que su identificación psicológica y social con este individuo “puede transformarle en vergüenza, y entonces transforma esta vergüenza en algo de lo que

²⁷⁵ *Ibid.*

²⁷⁶ *Ibid.*

se avergüenza. En corto, no puede acoger del todo su grupo ni dejarlo por completo.”²⁷⁷

Cuando esto sucede, cuando una persona viola una de estas normas sociales, las "agencias encargadas del control, o el mismo culpable, ponen punto final a la acción perjudicial y reparan el daño”.²⁷⁸ Merton indica que los grupos poseen un sistema de control normativo que regula el comportamiento de quienes pertenecen al grupo: “los grupos y organizaciones difieren en el grado en que ejercen el control”.²⁷⁹ En cuanto a un grupo de estigmatizados, Goffman explica que cada grupo sostiene códigos particulares, que pueden ser muy diferentes entre miembros del mismo grupo estigmatizado, “sin embargo hay ciertas ideas, aunque contradictorias, sobre los cuales existe un consenso muy general.”²⁸⁰

Por ejemplo: Goffman señala que por consenso, generalmente los miembros son advertidos de “no aceptar completamente como propias las actitudes negativas que otros sostienen hacia el.”²⁸¹ Se le advierte sobre no hacer de sí mismo un bufón, y a la vez sobre no abandonar del todo el rol que se le imputa a su estigma.²⁸² “Además contradictoriamente [...] se le anima a disgustar de aquellos de los suyos que, sin hacer un secreto de su estigma, se empeñan en cubrir [su estigma] cuidadosamente.”²⁸³ Goffman explica que este tipo de códigos, además de proveerles de un código de

²⁷⁷ *Ibid.*, 108

²⁷⁸ Erving Goffman. *Estigma*, 149.

²⁷⁹ Robert K. Merton, *Social Theory and Social Structure*, 373.

²⁸⁰ Erving Goffman. *Stigma*, 109.

²⁸¹ *Ibid.*, 110.

²⁸² *Ibid.*

²⁸³ *Ibid.*

conducta, y de cómo juzgar y categorizar a otros, les proporciona un código para adoptar “una actitud apropiada hacia sí mismo.”²⁸⁴ Si una persona estigmatizada “falla al adherirse al código entonces es una persona, autoengañada y equivocada.”²⁸⁵

El control puede ejercerse a través de agentes que han sido específicamente asignados a dicho rol; también puede ser ejercido de manera espontánea por otros miembros del grupo o por el mismo ofensor. Robert K. Merton señala tres formas en que puede ejercerse el control dentro de un grupo: primero, a través de reglas formuladas expresamente; segundo, a través de valores establecidos socialmente sostenidos a través del apego a doctrinas morales y tercero, a través de las tradiciones que son expectativas rutinarias y populares.²⁸⁶

Para fines de esta tesis, cuando me refiera a normas lo haré en el mismo sentido en que lo hace Erving Goffman.²⁸⁷ Me limitaré de manera exclusiva a las normas que se enlazan a la identidad o al ser. Los grupos y las colectividades, contribuyen a que los individuos formen marcos de referencia. Por ejemplo, el grupo de referencia de las mujeres delgadas se convierte en un marco de referencia para otras mujeres. A su vez, el grupo de mujeres gordas sirven de marco de referencia negativo para otras mujeres sobre lo que no quieren ser. Estos marcos de referencia ayudan a moldear el comportamiento de dichas mujeres y las evaluaciones que hacen de los demás y de ellas mismas.

²⁸⁴ *Ibid*, 111.

²⁸⁵ *Ibid*.

²⁸⁶ Robert K. Merton, *Social Theory and Social Structure*, 373.

²⁸⁷ Erving Goffman, *Estigma*, 126-152.

Hay que considerar que la dominación no es siempre violenta, ni tampoco explícita; como tampoco lo es la imposición de las normas e ideales en los grupos. El sujeto mismo puede aceptar condiciones que lo mantienen en una posición desventajosa y dominada sin que se percate de ello. Esto contribuye a perpetuar las relaciones asimétricas. De esta base, parte Erving Goffman al estudiar el estigma: cuando se habla de normas de identidad “solo se introduce el supuesto de que el individuo debe conocer y mantener su lugar [...]. Se puede hallar para su condición social, un equivalente completo a la acción voluntaria”.²⁸⁸ Es decir que las normas generan tanto ajustes como desviaciones.

Goffman explica que estas acciones voluntarias tienen que ver con la alineación del individuo hacia un grupo de referencia. Sea este el endogrupo o el exogrupo.²⁸⁹ El autor explica que por lo general la alineación con el endogrupo tiene que ver con una postura política. Generalmente dicha postura política tiene como objetivo eliminar el estigma. Desde dicho grupo se dictan las normas de identidad que deben seguir sus miembros, “si se orienta hacia su grupo, es leal y auténtico; si se aleja, es un cobarde y un tonto.”²⁹⁰ Dentro de estas normas también pueden existir normas confrontativas que adoptan atributos estereotípicos a propósito. Por ejemplo, la mujer gorda que adopta una actitud despreocupa ante la comida. Y públicamente pregona su amor por comidas estereotípicamente asociadas con las personas gordas.²⁹¹

²⁸⁸ *Ibid.*,150.

²⁸⁹ Erving Goffman. *Stigma*, 112-123.

²⁹⁰ *Ibid.*,1113.

²⁹¹ *Ibid.*,1113-114

Goffman también explica que un individuo estigmatizado también es obligado a “verse a sí mismo desde la perspectiva de un segundo tipo de grupo: los normales y la mucho más amplia sociedad que constituyen.”²⁹²

El autor explica que el lenguaje de este segundo grupo es menos político y mucho más psiquiátrico.²⁹³ Aquellos que se adhieren a las normas de identidad que el exogrupo tiene para los individuos estigmatizados se le llama “maduro, y que ha alcanzado un buen ajuste de personalidad; aquel que no sigue esa línea se le dice que es una persona incapacitada, rígida, defensiva, con recursos internos inadecuados.”²⁹⁴ Por ejemplo, los normales generalmente piden de una persona estigmatizada que “no se sienta amargado, resentido o autocompasivo,”²⁹⁵ argumentando que todos tienen problemas. Goffman explica que la fórmula de alineación al exogrupo es clara, se le pide al estigmatizado que su comportamiento implique “que ni su carga es pesada ni que cargarla lo hizo diferente a nosotros; y al mismo tiempo tiene que mantenerse alejado de nosotros para permitirnos confirmar sin miramientos nuestras creencias sobre él.”²⁹⁶

La teoría de grupos de referencia de Robert K. Merton me permite explicar esto que señala Erving Goffman dado que estos ajustes y desviaciones se relacionan con los grupos de pertenencia y los grupos de no pertenencia. Robert K. Merton explica de manera general que el comportamiento desviado puede ser de distintas clases: por ejemplo el comportamiento criminal difiere de otros comportamientos que él califica de

²⁹² *Ibid.*, 114-115

²⁹³ *Ibid.*, 115

²⁹⁴ *Ibid.*

²⁹⁵ *Ibid.*, 116.

²⁹⁶ *Ibid.*

no conformistas.²⁹⁷ Estructuralmente ambos tipos de comportamientos son parecidos: “sus diferencias generalmente se ocultan, dado que no es poco frecuente que a los no conformistas se les declare criminales. No obstante, bajo las similitudes en la superficie, existen diferencias profundas”.²⁹⁸ Las variaciones entre ambos tipos de comportamiento tienen que ver con la intención, la dirección, y el propósito de sus acciones.

Merton manifiesta que los comportamientos criminales, y no conformistas difieren de las expectativas normativas y morales de las personas con las que los individuos se relacionan en un sistema intrincado de estatus y roles. Y cuando esto sucede, el sistema social pone punto final a dichas desviaciones. En ambos casos, “fallar en vivir de acuerdo a las expectativas de aquellos [con quienes los individuos] están en relación directa constituye una experiencia ofensiva para ellos, [...] [que responden penalizando a los individuos] por desviarse de las expectativas de rol establecidas”.²⁹⁹

Cuando dicha ofensa ocurre en el plano cultural los miembros del sistema social responden de la misma manera (penalizando al sujeto) aún cuando no sostengan una relación directa con el desviado. Esto se debe a que “han internalizado normas morales que una vez violadas, experimentan el comportamiento que en efecto repudia esta normas, o que amenaza su validez social continua, como una negación del valor que

²⁹⁷ Robert K. Merton, *Social Theory and Social Structure*, 414.

²⁹⁸ *Ibid.*

²⁹⁹ *Ibid.*, 415.

ellos, y su grupo, juzgan valioso”.³⁰⁰ Goffman además explica que los diversos tipos de estigma pueden servir para controlar o eliminar cierto tipo de situaciones.

La estigmatización de aquéllos con un mal record moral claramente puede funcionar como un medio de control social: la estigmatización de aquéllos de cierta raza, religión o grupo étnico ha funcionado aparentemente para remover a las minorías de las rutas de competencia; y la devaluación de aquéllos con desfiguración corporal puede talvez interpretarse como una contribución a la necesidad de reducir las decisiones de cortejo³⁰¹

³⁰⁰ *Ibid.*, 416.

³⁰¹ Erving Goffman. *Stigma*, 139.

CAPÍTULO V:

DISEÑO

Campo epistemológico

Al reflexionar respecto a una forma de probar mi hipótesis, que el estigma funciona como un mecanismo social que impone normas e ideales corporales dominantes. Dado que indagaré respecto a la interacción, conductas y subjetividades en esta investigación, me pareció que la aproximación más indicada era la de tipo cualitativo. La perspectiva cualitativa me facilita ajustar mis hipótesis de acuerdo a las necesidades de mi investigación, y las condiciones ajenas a mi control que se presentaron durante el curso de esta investigación. Este enfoque es lo suficientemente flexible para aprehender la intensidad con que las mujeres experimentan sus cuerpos gordos en un contexto como México. Mi trabajo será de tipo causal porque pretendo llegar a conclusiones explicativas sobre el estigma como mecanismo de control.

Comprender esto, es imprescindible para entender a la gordura como un fenómeno cultural. No basta con conocer el fenómeno aparente. Y lo que conocemos desde una perspectiva médica y estadística de la gordura, ni desde la perspectiva de lo que Goffman llama “los normales”. Es importante considerar que en nuestra sociedad, como explican Pattie Thomas y Carl Wilkerson:

La convención es que las únicas personas con autoridad para hablar sobre su gordura son aquellas que han perdido su gordura. Preguntarle a una persona gorda sobre su experiencia vivida es percibido como equivalente a legitimar la excusa de un borracho [...]. Solo las historias de “después” son legítimas,

porque la persona que la cuenta ha probado ser digna a través de la redención y la conformidad.³⁰²

No son las historias de después por las que me interesa indagar, sino sobre la experiencia de vivir el cuerpo gordo, presente y estigmatizado. Creí imprescindible establecer ciertos lineamientos: el pleno conocimiento de mis motivos y criterios me pareció esencial para un trabajo honesto. En esta sección propongo mis criterios de selección de sujetos y sustento dichos criterios teóricamente; reflexiono además en torno a mis juicios de valor. Pensar en las mujeres a las que me refiero en esta investigación requirió mucha más reflexión de la que esperaba. Enfrenté contradicciones en este proceso para definir las. Concluí que es imprescindible para mí considerar que como explican Pattie Thomas y Carl Wilkerson las historias de las mujeres gordas son poco contadas como consecuencia del estigma que existe sobre ellas.³⁰³

Para definir a las mujeres gordas reflexioné sobre mis juicios de valor y la separación entre el atributo corporal de la gordura, su significado sociocultural y su valoración. Tras considerarlo brevemente, me pregunté: ¿cómo podría definir a las mujeres gordas sin reflexionar respecto a mis juicios de valor? De este cuestionamiento concluí que ignorar la existencia de dichos juicios sería problemático para la investigación, pues negaría mi posición como un sujeto en la estructura social, que internalizó además las mismas normas sociales que las participantes.

Entiendo internalización como lo explican Peter L. Berger y Thomas Luckman:

³⁰² Pattie Thomas y Carl Wilkerson, *Taking Up Space: How Eating Well & Exercising Regularly Changed My Life* (Nashville: Pearlsong, 2005), *Body Size Calculus*, párr. 13 [versión Kindle].

³⁰³ Pattie Thomas y Carl Wilkerson, *Taking Up Space*, *Body Size Calculus*, párr. 13 [versión Kindle].

La aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos de otro que, en consecuencia, se vuelven significativos para mí. [...] Su subjetividad llega a serme significativa, haya o no congruencia entre sus procesos subjetivos y los míos. [...]. La internalización, en este sentido general, constituye la base, primero, para la comprensión de los propios semejantes y, segundo, para la aprehensión del mundo en cuanto realidad significativa y social.³⁰⁴

Es decir, por medio del proceso de internalización comprendo y aprehendo la realidad social, comparto o no los significados respecto a lo gordo o delgado con otros sujetos. A su vez la realidad social filtra mis significados por que soy producto de ésta: *“la sociedad es un producto humano. La sociedad es una realidad objetiva. Gracias a este señalamiento concluí que en esta investigación es tan necesario considerar la autoidentificación de las mujeres como mujeres gordas o delgadas, como mis propios juicios sobre la gordura.*

Como advertí en un apartado previo, el significado de lo gordo realmente es producto de normas corporales e ideales a las que la sociedad espera que el sujeto se adhiera. De acuerdo a estas normas e ideales se valora a los sujetos, y se le asignan significados socioculturales al cuerpo gordo. Por otro lado, el cuerpo gordo como atributo físico, es un cuerpo de tamaño grande debido a la acumulación de grasa corporal, independiente de los significados socioculturales asignados a dicha constitución física. Pero, ¿cómo identifico a alguien gordo en la vida cotidiana?, ¿cómo

³⁰⁴ Peter L. Berger P. y Thomas Luckmann, *La Construcción Social de la Realidad*, 162-163.

sé que tan “grande” se necesita ser para considerarse gordo? La idea de lo que es gordo o delgado varía de acuerdo a la perspectiva de las personas. Desde la médica, una persona gorda, es un sujeto que sobrepasa un límite determinado de peso (resultado de la acumulación de grasa corporal) que la comunidad médica considera como “ideal” para su constitución ósea y física.³⁰⁵

Desde la perspectiva cotidiana, el recurso con el que contamos para identificar a una persona gorda es la vista. El que una persona califique como gorda, en realidad varía de acuerdo a las normas e ideales sociales que internalizamos como individuos. Erving Goffman explica que el estigma depende del grado de congruencia que tiene dicha característica con el tipo de persona que creemos tener ante nosotros.³⁰⁶ Por ejemplo: en nuestra sociedad, las mujeres son estigmatizadas más frecuentemente por ser gordas que los hombres. De la misma manera, un hombre no cuenta como gordo de acuerdo a los mismos criterios que las mujeres, debido al ideal corporal de la mujer predominante en esta sociedad.

Hablando desde mi condición particular de mujer mexicana, de 28 años, soltera, de clase media, hija de médico y estudiante de maestría con una perspectiva que se acerca a la del movimiento de *size acceptance*: reconozco que mis juicios de valor fueron moldeados por la sociedad, por mis condiciones y mis experiencias específicas de vida. Yo me considero una mujer gorda por tres motivos: primero, por mi historia personal respecto al peso; segundo, por una cuestión visual relativa a mi estatura y

³⁰⁵ Dorland’s Pocket Medical Dictionary, 23a ed., S.V. “obesidad.”

³⁰⁶ Erving Goffman, *Stigma*, 3.

talla; tercero, porque como hija de médico, no me he deshecho del todo de la clasificación médica de la gordura como parámetro personal.

De estas razones, probablemente siendo más relevante la autoidentificación. La vista también me permite identificar como gorda a una persona sin conocerle previamente. La visibilidad es un concepto clave para el estigma, de acuerdo a Erving Goffman:

siendo que a través de nuestro sentido de la vista el estigma de otros se torna evidente más frecuentemente, el término visibilidad, tal vez no esté tan desorientado. De hecho el término perceptibilidad sería más preciso, y “evidenciabilidad” más preciso aún [...] un tartamudeo, después de todo es un defecto muy “visible”, pero en primera instancia por el sonido, no la vista.³⁰⁷

Por lo tanto, la visibilidad refiere a qué tan evidente resulta para los sentidos humanos un estigma. Erving Goffman también señala que para evitar confusiones se debe diferenciar el término de visibilidad de otros tres muy parecidos: a) el conocimiento previo del estigma; b) el grado de obstrucción del estigma, y c) su enfoque percibido. El conocimiento previo, significa estar al tanto del estigma de una persona por contacto previo con el estigmatizado, o estar enterado antes del contacto. El grado de obstrucción es qué tanto interfiere dicho estigma con el flujo de interacciones sociales del individuo. Finalmente el enfoque percibido se refiere a la esfera de actividad específica de la que se excluye o se descalifica a alguien con un estigma específico.³⁰⁸

³⁰⁷ Erving Goffman, *Stigma*, 48.

³⁰⁸ *Ibid.*

Esta definición aún deja el problema abierto sobre “la suposición tácita de que de algún modo el público en general estará involucrado en [dicha] observación”.³⁰⁹ Por esta razón Erving Goffman recomienda considerar que no todos nos percatamos en el mismo grado del estigma:

Un médico que encuentra en la calle a un hombre que posee manchas rojas opacas en la cornea y dientes con muescas, sabe que encontró a alguien que posee dos signos de la enfermedad de Hutchinson y es probable que también esté sifilítico. Otros presentes, de cualquier manera, [ciegos a la percepción médica], no ven mal alguno.³¹⁰

Una persona gorda no escapa a la vista, aunque trate de esconder dicho atributo físico. Erving Goffman diría que se trata de un atributo evidente de manera inmediata, y siendo que en nuestra sociedad es un atributo profundamente desacreditador. Una persona gorda es por lo tanto una persona desacreditada. “cuando el estigma de un individuo es muy visible, el mero contacto con otros causará que los demás sepan acerca de éste”.³¹¹ Me interesa entonces, la visibilidad, pues para entrar dentro de un grupo de referencia, se necesita que otros miembros reconozcan a alguien como un integrante potencial. Por lo que su identificación por otros como miembro de dicho grupo tiene que ser más o menos prevalente.

El siguiente criterio y el más importante, es el de la autodefinición como miembros del grupo de las mujeres gordas. Este criterio resultó primordial en mi investigación atendiendo a la primera parte del principio de Thomas, como lo explica

³⁰⁹ *Ibid.*, 50.

³¹⁰ Erving Goffman, *Stigma*, 51.

³¹¹ *Ibid.*, 48.

Merton: “si los hombres definen las situaciones como reales, son reales en sus consecuencias”.³¹²

Si las mujeres mismas se consideran mujeres gordas, las consecuencias de dicha afirmación son reales. Merton señala que estas definiciones sociales de la situación se integran a la situación misma.³¹³ Esto se debe a que en ocasiones las personas tienden a orientarse “primariamente, hacia el significado que esa situación tiene para ellos”.³¹⁴ Es decir que una persona actuará de acuerdo a estas definiciones sociales, y esto afecta el desarrollo posterior de sus acciones. Por esta razón, incluí al criterio de autodefinición.

Cuando las mujeres aceptan su situación de mujeres gordas como real, y actúan de acuerdo a lo que socialmente consideran que se espera de ellas, las consecuencias confirman la definición social de su situación. Además, independientemente de mis criterios sobre la gordura, la autodefinición me permite indagar respecto a las normas e ideales imperantes y respecto a las sanciones de no apegarse a éstas. En conclusión, mis criterios para definir a una mujer como gorda son dos, la visibilidad y la autodefinición. Juntos me permiten equilibrar mi percepción socialmente construida de la gordura y la delgadez.

³¹² Robert K. Merton, *Social Theory and Social Structure*, 475.

³¹³ *Ibid.*

³¹⁴ *Ibid.*, 476.

CONCLUSIONES

Recapitulación

A lo largo de esta tesis me dedique a explorar ciertos puntos relevantes para entender cómo funciona del mecanismo del estigma para imponer normas (particularmente normas corporales a una sociedad dada). Encontré el estigma sobre la gordura pertinente para evidenciar el funcionamiento de dicho mecanismo. Como explica Goffman “Sociológicamente, la cuestión central en lo que concierne a estos grupos es su lugar en la estructura social.”³¹⁵ Y era de mi interés esclarecer, –al menos parcialmente– cómo es que opera este mecanismo y afecta partes designadas de la estructura social, y por supuesto a los individuos que ocupan dichas posiciones.

Encontraré que expongo brevemente algunas bases del origen del estigma de la gordura y cómo llegó a ser prevalente en nuestra sociedad. Me limité en esta ocasión, a ofrecer al lector apenas unas cuantas ideas sobre como el pensamiento occidental, particularmente el pensamiento griego influye en los significados que sostenemos sobre la gordura, las normas y los ideales corporales.

El pensamiento griego y el cristianismo sentaron las bases, primero, de nuestra forma de concebir al cuerpo como un espacio de batalla moral para la lucha entre la razón y la pasión. La razón (desde nuestro pensamiento occidental) está relacionada con la moral, con el autocontrol, la espiritualidad y la virtud.³¹⁶ Y la pasión con el deseo, con las necesidades primarias, con el vicio, con aquello que no es del todo humano.³¹⁷

³¹⁵ Erving Goffman, *Stigma*, 127.

³¹⁶ Susan Bordo. *Unberable Weight*.

³¹⁷ Aristóteles. *The Eudemian Ethics*, 6.

Esta dualidad convierte al cuerpo en un espacio de batalla, “una arena del control.”³¹⁸ Esto, en dos sentidos: primero, un espacio del control personal del que tenemos la ilusión que es totalmente maleable, que podemos modificar y moldear “libremente” a nuestro antojo en un mundo que nos ofrece todo, menos control.³¹⁹ El segundo, en mi opinión, es un espacio por medio del que podemos acceder al control de otros, y asegurar su adherencia a normas sociales para eliminar experiencias percibidas socialmente como problemáticas, esto cubre una función primordialmente de control social.

Segundo, a partir de esta comprensión de la base de la dualidad entre razón y pasión inscrita en el cuerpo, a la que llegué al explorar la historicidad del estigma de la gordura en México (y hablo de explorar, porque el pensamiento griego es apenas un componente base de nuestro pensamiento occidental y mexicano). Entendí los orígenes de ciertas fallas que se les atribuyen a las personas gordas por portar dicho atributo corporal.

Identifiqué las siguientes ideas del pensamiento griego que influyeron en la estigmatización del cuerpo gordo: a) el vicio manifestado en el cuerpo, y motivo de numerosos estigmas en nuestra sociedad, y uno de los elementos que tienen influencia en nuestra perspectiva *healthista*. b) El cuerpo gordo considerado como resultado de un vicio, pero mucho más específicamente se desprende de la noción del “exceso” como origen del vicio humano, por lo que lo que percibimos un “exceso” de carne como signo de lo insaciable y del descontrol. c) la criminalización del cuerpo gordo por

³¹⁸ Susan Bordo. *Unbearable Weight*, 141.

³¹⁹ Susan Bordo. *Unbearable Weight*, 141.

resultar de las malas elecciones de los sujetos. Dado que el cuerpo gordo en nuestra cultura es percibido como resultado de un vicio. Las personas que poseen cuerpos gordos se tornan en nuestra mente en alguien moralmente malo. d) La condición subhumana asignada a quien posee un cuerpo gordo. Desde la perspectiva del pensamiento griego, las personas que escogen al vicio, lo hacen contrariando a la razón (característica calificada por los griegos como meramente humana), a las personas gordas por tanto se les atribuye condiciones subhumanas.

El cuerpo, es entonces un espacio social tanto como lo es personal y ambos aspectos se relacionan con la identidad de los individuos y su manejo. Goffman explica que la identidad social nos ayuda a comprender la forma en que se categoriza a los individuos como estigmatizados. La identidad personal a entender el manejo de dicho estigma, y la del ego a entender ambas como un solo hilo continuo.³²⁰ Señalaré que lo social y lo personal en la arena del cuerpo no tienen límites claros, y ambos aspectos tienen un papel en la formación identitaria de los individuos, estos aspectos están íntimamente entrelazados en las experiencias de los individuos. En esta tesis, resalto el aspecto social de este proceso.

Me basta decir que las normas de identidad (y corporales) y los estereotipos de identidad femenina (fuertemente enlazada con el ideal de belleza), ocupan un papel relevante en la formación de la identidad estigmatizada de las mujeres gordas. Pues sientan los parámetros, por medio de los que es mujeres se juzgan a si mismos y a los demás. Estos juicios tienen consecuencias reales para las mujeres gordas y la estructura social. Siendo que a gordura femenina es un atributo ampliamente

³²⁰ Erving Goffman. Stigma.

desacreditado: es un estigma de desfiguración, moral y de tipo tribal. Entonces, basándome en lo propuesto por Goffman, puedo decir que la desacreditación de la gordura femenina cubre varias funciones sociales para controlar o eliminar cierto tipo de situaciones.

Goffman argumenta que la estigmatización de tipo moral, “funciona como un medio de control social.”³²¹ Por esta razón, al estigmatizar a las mujeres gordas, la sociedad busca eliminar la experiencia problemática que resulta ser el cuerpo gordo como estigma moral. Es decir, pretenden deshacerse de ese tipo particular de personas “Perezosos, glotones, codiciosos, inmorales, incontrolables, estúpidos, feos, y faltos de poder de voluntad”.³²² Robert K. Merton explica que “fallar en vivir de acuerdo a las expectativas de aquellos [con quienes los individuos] están en relación directa constituye una experiencia ofensiva para ellos, [...] [que responden penalizando a los individuos] por desviarse de las expectativas de rol establecidas”.³²³ Por medio de la humillación, la burla, la discriminación y en general los malos tratos, se intenta que la mujer gorda, desviada de la norma corporal y estereotipo femenino se apegue a lo socialmente convenido.

Siendo que el estigma de la gordura es también un estigma tribal, por percibirse como “contagioso” y susceptible a heredarse, según Goffman puede cumplir la función aparente de “remover a las minorías de las rutas de competencia.”³²⁴ El estigma de la gordura en las mujeres pesa sobre ellas precisamente por su género. Creo, igual que

³²¹ Erving Goffman. *Stigma*, 139.

³²² Amy Farrel, *Fat Shame: Considering Fat Shame*, párr. 8 [Versión kindle].

³²³ *Ibid.*, 415.

³²⁴ *Ibid.*, 139.

varios de los autores que cité en este libro que el estigma de la gordura femenina tiene una fuerte relación con el sexismo, como Amy Farrel cuando explica que la gordura en la cultura americana además de estar relacionada profundamente con el racismo, también se le relaciona con “una grotesca feminidad ‘queer,’³²⁵” Susan Bordo argumenta que la obsesión con la delgadez tiene que ver con “un profundo miedo a lo femenino,”³²⁶ a eso que socialmente asociamos con la feminidad, el cuerpo y sus apetitos. La mujer incontrolable, incivilizada y que además no cumple con las normas corporales femeninas para ser “deseable.”

Por tanto me parece que el estigma de las mujeres gordas en su aspecto tribal, trata de mantener a las mujeres ocupadas con su cuerpo buscando apegarse a los estándares de belleza y las normas de identidad femenina para evitar la burla, la humillación y la discriminación. Naomi Wolf argumenta que no es sorpresa que el “exceso” de peso femenino se tornara problemático cuando se percibió “el peligro que representan los movimientos de mujeres y la libertad económica y reproductiva”³²⁷ para la actual estructura social y su estratificación. “la dieta es el sedante más potente en la historia de las mujeres; una población tranquilamente loca es una población dócil.”³²⁸ Esto sirve para cumplir la función social de “remover a las minorías de las rutas de competencia.”³²⁹

³²⁵ Amy Erdman Farrel. *Fat Shame*. Véase en particular “Conclusion: The horror! The horror” párr.7

³²⁶ Susan Bordo. *Unbearable Weight*, 155.

³²⁷ Naomi Wolf, *The Beauty Myth: How Images of Beauty are Use Against Women*. (Nueva York HarperCollins e-books), 187.

³²⁸ *Ibid.*

³²⁹ Erving Goffman. *Stigma*, 139.

Finalmente el estigma de deformidad en las mujeres gordas probablemente como indica Goffman puede “interpretarse como una contribución a la necesidad de reducir las decisiones de cortejo.”³³⁰ Pero pertinente resaltar que esto también tiene consecuencias en la estructura social. Pues hay que preguntarnos ¿Quién dicta qué encontramos atractivo en una sociedad? ¿Cómo llegamos a establecer estos parámetros? Esto se relaciona principalmente con la ideología dominante de una sociedad, y el estigma cubre una función reguladora que ayuda a mantener la ideología dominante en una sociedad. Debo enfatizar que si bien el estigma se vale de la degradación de los estigmatizados, por medio de acciones que “los normales” toman contra quienes ostentan un atributo desacreditador, no hay que olvidar que las normas de identidad introducen “el supuesto de que el individuo debe conocer y mantener su lugar [...]. Se puede hallar para su condición social, un equivalente completo a la acción voluntaria”.³³¹

Como explique anteriormente, Robert K Merton señala que estas definiciones sociales de la situación se integran a la situación misma.³³² Esto se debe a que en ocasiones las personas tienden a orientarse “primariamente, hacia el significado que esa situación tiene para ellos”.³³³ Es decir que una persona actuará de acuerdo a estas definiciones sociales, y esto afecta el desarrollo posterior de sus acciones. Cuando las mujeres aceptan su situación de mujeres gordas, y de sujetos estigmatizados orientan sus acciones hacia un set específico de normas y roles que deben cumplir socialmente.

³³⁰ Erving Goffman. *Stigma*, 139.

³³¹ *Ibid.*, 150.

³³² *Ibid.*

³³³ *Ibid.*, 476.

Sea que se orienten hacia el endogrupo, o el exogrupo, la mujer gorda invariable y voluntariamente se apegara a lo dictado por alguno de estos grupos, y presentará cierto grado de ambivalencia, porque se socializó en la misma sociedad que el resto. Como argumenta Goffman, un estigmatizado constantemente se le recuerda que es como todos los seres humanos, pero que posee una desagradable diferencia que lo aparta del resto de la sociedad.³³⁴ Estas normas y pautas grupales, proveen al individuo estigmatizado de códigos de conducta, y de medios para categorizar a otros y a los suyos.³³⁵ Las mujeres gordas, a pesar de ser estigmatizadas también pueden estigmatizar a otros miembros de la sociedad. También pueden por medio las normas de identidad, e ideales corporales, estratificar a otras mujeres gordas. Colocándolas en una posición más, o menos ventajosa que la suya.

Sea que las mujeres gordas se orienten al endogrupo, o al exogrupo siempre presentaran cierto grado de ambivalencia. Las mujeres gordas, igual que el resto de la sociedad, internalizaron las mismas normas de identidad, estereotipos e ideales de belleza. Por lo tanto, igual que los “normales” pueden crear una teoría del estigma para justificar los prejuicios, los malos tratos, ostracismo y la discriminación que ellas mismas sufren, o que inflingen a otras mujeres gordas cuyo estigma es más evidente.³³⁶ Uno de los argumentos más comunes que ayudan a justificar el estigma, es el que ata a la gordura a la mala salud. Su principal impulsor es la ideología *healthista* que prevalece en la sociedad mexicana.

³³⁴ *Ibid.*, 106-112.

³³⁵ Erving Goffman. *Stigma*, 111

³³⁶ Erving Goffman, *Stigma*, 307

Este proceso de medicalización, mantiene (en parte), el mecanismo del estigma funcionando. Como explica Goffman, usando estas ideas construimos socialmente una ideología que justifica el prejuicio y la discriminación hacia los estigmatizados,³³⁷ en este caso, las personas gordas. Lonie McMichael argumenta que “el healthismo puede ser particularmente dañino, produciendo un desagradable ciclo –un individuo gordo obtiene menor paga por su gordura, lo que le lleva a [obtener] un servicio de salud más pobre, que puede provocarle problemas de salud, que puede aumentar su gordura”.³³⁸ El *healthismo* evidencia un elemento de la ideología del estigma de la gordura que hemos construido socialmente.

Justificándolo como “una preocupación por la salud” nos burlamos, agredimos y discriminamos, a las personas gordas. Su salud a menudo es un argumento para: negarles la oportunidad de trabajo, relaciones románticas, ser tratados con dignidad, el acceso a ciertos lugares, el acceso a su talla de ropa, estar felices con su persona, e irónicamente a la salud. En México el *healthismo* prevalece a tal grado que se filtró a las instituciones gubernamentales, como argumenté en esta tesis la reforma estructural de salud y la estrategia nacional contra la obesidad y la diabetes impulsadas por Enrique Peña Nieto y Mercedes Juan tienen fuertes elementos *healthistas*. Por supuesto esta perspectiva reduce la calidad de servicio para las personas gordas y limita su acceso a la salud.

Una medida como ésta, sea o no aplicada en la realidad, resulta altamente problemática. Sobre todo tratándose de un programa de salud pública. porque se

³³⁷ Erving Goffman, *Stigma*.5

³³⁸ Lonie McMichael, *Acceptable Prejudice?* Véase en particular el capítulo 7, “Healthism”, párr. 6 [versión Kindle].

legítima el estigma y la discriminación hacia las personas gordas desde una institución gubernamental: primero, favorece la discriminación de las personas gordas al legitimizar por medio de la ley un tratamiento distinto al de usuarios delgados, es decir “normales”. Segundo, sugiere que para el Estado existen dos clases de usuarios del sistema de salud. Los primeros, son aquellos enfermos que no tienen responsabilidad sobre su condición; los segundos, son aquellos enfermos que son “corresponsales” de sus enfermedades crónicas, a los que se les exige un pago compensatorio por su tratamiento. Es decir, existen usuarios inocentes y culpables. Tercero, genera un problema clasista, pues quien tenga más recursos, será capaz de costear mejor dichas cuotas y por consiguiente recibir un mejor tratamiento de salud.

Al final del capítulo de medicalización me cuestioné el por qué si los estudios que indican que la pérdida de peso cíclica es perjudicial son tan válidos como los que demuestran lo contrario ¿en lugar de cuestionarnos respecto a estas contradicciones, preferimos centrar nuestras estrategias de salud en la pérdida de peso?, ¿por qué a pesar de no hay evidencia conclusiva aceptamos como incuestionable la idea de que la gordura es mortal? y ¿por qué basándonos en esta idea discriminamos a las personas gordas? La respuesta a todas estas preguntas es que nuestro estigma sobre la gordura, y a ideología que hemos creado para justificarlo, no nos permiten considerar otras posibilidades. Es mucho más sencillo no cuestionar, reconocer o desafiar las prenociones que tenemos sobre la gordura.³³⁹ Como explica Erving Goffman, preferimos alejarnos del estigmatizado para no enterarnos de sus problemas y experiencias. Mediante esta distancia justificamos tranquilamente el prejuicio y la

³³⁹ Linda Bacon. Health at Every Size, 155

discriminación hacia este tipo de individuos.³⁴⁰ Esto explica también nuestra fascinación social por las historias del después de perder peso, y nuestra poca preocupación por las historias de las experiencias de las personas gordas que siguen siendo gordas. Como explican Pattie Thomas y Carl Wilkerson “Solo las historias de ‘después’ son legítimas, porque la persona que la cuenta ha probado ser digna a través de la redención y la conformidad”.³⁴¹

Mi intención, no es argumentar una conspiración; sólo enfatizo que los parámetros que se adoptaron para medir a la gordura internacionalmente, la aceptación de determinados estudios científicos, y las estrategias de las políticas públicas para encarar a la salud, la enfermedad, y a la gordura, también responden a intereses políticos, económicos y culturales. Además moldean parcialmente nuestros significados de la salud, la enfermedad y la gordura y como las manejamos social y personalmente.³⁴²

Consideraciones

Desde el inicio aclaré que esta tesis apenas sería un trabajo exploratorio, sobre todo en lo que respecta al estigma de la gordura. No puedo sino coincidir con Goffman cuando dice que para entender el problema sociológico del estigma es necesario conocer “la historia, desarrollo político, y las políticas actuales del grupo”³⁴³ de un

³⁴⁰ Erving Goffman. *Stigma*, 116.

³⁴¹ Pattie Thomas y Carl Wilkerson, *Taking Up Space: How Eating Well & Exercising Regularly Changed My Life* (Nashville: Pearlsong, 2005), *Body Size Calculus*, párr. 13 [versión Kindle].

³⁴² Estoy consciente de que existen muchos más factores contextuales que influyen en la construcción de nuestras ideas sobre la gordura en México. Sin embargo, en e este trabajo me ocupé únicamente del contexto médico, que es pertinente a la medicalización de la gordura.

³⁴³ *Ibid.*

estigma particular. Además del desarrollo de la interacción cara a cara entre los individuos. Claramente este trabajo apenas cubre tres de estas vetas de modo exploratorio. Me limité en esta ocasión, a ofrecer al lector apenas unas cuantas ideas sobre como el pensamiento occidental, particularmente el pensamiento griego influye en los significados que sostenemos sobre la gordura, las normas y los ideales corporales. También exploré brevemente la situación actual de México en lo que respecta a la conexión entre salud y cuerpo gordo, y como estas ideas ayudan a la creación de una ideología del estigma de la gordura. Finalmente revisé algunas ideas teóricas respecto a cómo es que mediante la interacción los individuos estigmatizan a los individuos clasificándoles en ciertas categorías. Y de cómo los grupos de referencia tienen un papel fundamental para el control social.

Este estudio establece un precedente para futuras investigaciones que exploren a mayor profundidad: a) la historia del estigma de las mujeres gordas; b) Profundizar sobre el desarrollo político de dicho estigma; c) las políticas actuales del grupo de referencia de las mujeres gordas y d) investigar respecto a cómo funciona el estigma durante las relaciones cara a cara de las mujeres gordas.

REFERENCIAS

- Aristóteles. Traducido en 1978. *Acerca del alma*. (1ª ed.). Traducido por Tomás Calvo, Madrid: Gredos.
- Aristóteles. Traducido en 2002. *De anima books II and III*. Traducido por D.W.Hamlyn, Nueva York: Oxford University press.
- Aristóteles. Traducido en 2011. *The Eudemian Ethics*. Traducido por A.Kenny, Nueva York: Oxford University Press.
- Atkinson, Robert G. 1998. *The Life Story Interview*. London: Sage Publications, Inc.
- Bacon, Linda. 2010. *Health at Every Size: The Surprising Truth About your Weight*. Dallas: Ben Bella Books.
- Becker, Howard S., y Geer, Blanche. 1978. Participant Observation and interview: a comparison. En *Symbolic Interaction: A Reader in Social Psychology*, editado por J. Manis y B. N Meltzer, 76-82. Massachusetts: Allyn and Bacon Inc.
- Berger, Peter L. y Luckmann, Thomas. 2008. *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bergman, S.Bear (2009) "Part-time fatso" en *The Fat Studies Reader*, editado por Esther Rothblum y Sondra Solovay. Nueva York y Londres: New York University Press. [Versión kindle].
- Bordo, Susan (2003). *Unbearable weight: Feminism, western culture, and the body*. Los Angeles: University of California Press.
- Burgard, D., Dykewomon E., Rothblum, E. y Thomas, P. 2009 Are we ready to throw our weight around: Fat Studies and political activism. En *The Fat Studies Reader*,

Editado por E. Rothblum, y S. Solovay. New York and London: New York: University Press. [Versión kindle].

Campos, Paul. 2004. *The Obesity Myth: Why America's Obsession with Weight is Hazardous to your Health*. New York: Gotham Books.

Caradura, Eloy "Salud: Lo que la burguesía llama "universalización" no es más que la antesala a la privatización". *Periódico El Comienzo* [blog] (México) 21 de junio de 2014.

Recuperado el 1 de diciembre de 2014.

<http://periodicoelcomienzo.blogspot.mx/2014/02/salud-lo-que-la-burguesia-llama.html>

Center for Research in Memory, Narrative and Histories. 2013. *Oral History and Life History*. <http://arts.brighton.ac.uk/research/centre-for-research-in-memory-narrative-and-histories/academic-overview/oral-history-and-life-history> (Fecha de Acceso: 28 de septiembre de 2013).

Chastain, Reagan. *Dances with the fat*. [sitio web] Recuperado el 6 de diciembre de 2014 de <http://danceswithfat.wordpress.com/>

Conrad, Peter y Schneider, Joseph W. 1992. *Deviance And Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press

Conrad, Peter. "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology* 18 (1992), 209,232.

Conecta 5 Telecinco S.A. "Raquel entra con 'Euphoria' en el túnel del terror de 'Killer Karaoke'" Video de *Cuatro*, 4:35, 27 de noviembre de 2014,

http://www.cuatro.com/killerkaraoke/programas/t01xp04/Raquel-Euphoria-terror-Killer-Karaoke_2_1898430154.html

http://www.cuatro.com/killerkaraoke/programas/t01xp04/Raquel-Euphoria-terror-Killer-Karaoke_2_1898430154.html

Cooper, Charlotte. "Fat Studies: Mapping the field", *Sociology Compass*, 9,10, 2010: 1020-1034

http://limerick.academia.edu/CharlotteCooper/Papers/357307/Fat_Studies_Mapping_the_Field (fecha de acceso: 10 de noviembre de 2012)

Crawford, R. "Healthism and the Medicalization of Everyday Life", *International Journal of Health Services* 10.3 (1980), 369,370.

Crozier, W. Ray y Greenhalgh, Paul. 1988. "Self –portraits as Presentation of Self", *Leonardo* 21.1: 29-33.

Dahab, José, Minci Ariel y Rivandeneira Carmela. 2001. "¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual?" *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*. ,1. Recuperado de: http://www.cetecic.com.ar/revista/revista001.php/mujeresyhombres/2009/MyH_2009_2.pdf

De Miguel José M. 2003. "El ojo sociológico" *Reis*, 101: 49-88.

Diamond, Sigmund. 1970. *The reputation of the American Businessman* (2ª ed.). New York: Harper & Row, Publishers, Incorporated.

Duch Luis y Mèlich, Joan-Carl. 2005. *Escenarios de la Corporeidad: Antropología de la vida cotidiana* 2/1. Madrid: Editorial Trotta.

Emerson, Robert M., Fretz Rachel I. y Shaw Linda L. 1995. *Writing ethnographic field notes*. Chicago: The University of Chicago Press.

Esteban, Mari Luz., "Antropología encarnada: antropología desde una misma", *Papeles del CEIC* 12 (2004), 1695-6494.

Estrategia Nacional Para la Prevención y El Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. 2013, fecha de acceso: 22 de mayo de 2014.

http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

Farrell, Amy. 2011 *Fat Shame: Stigma and the Fat Body in American Culture*. New York and London: New York University Press. [Versión kindle]

Foucault, Michel. 2001. *El Nacimiento de la Clínica: Una Arqueología de la Mirada Médica*. México: siglo XXI.

Frasier Laura. 2009. "The Inner Corset: A Brief History of Fat in the United States". En *The Fat Studies Reader*. Editado por E. Rothblum, y S. Solovay. New York and London: New York University Press. [Versión kindle]

Fuentes, Adriana y Hartog, Guitté 2010. "La insostenible pesadez de los prejuicios: El caso de la gordofobia en las mujeres". *Revista Científica Electrónica de Psicología ICSa-UAEH*, 10. Recuperado de

<http://dgsa.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/psicologia/article/view/158>

Fundación Mexicana Para la Salud A.C. [sitio web] Recuperado el 3 de diciembre de 2014. <http://portal.funsalud.org.mx/>

Goffman Erving. 1951. "Símbolos de status" *The British Journal of Sociology*. 2,4: 294-304.

Goffman Erving. 1986. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Nueva York: Simon & Schuster Inc.

Goffman Erving. 2003. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorroutu.

Goldhill, Simon. 2004 *Love, Sex & Tragedy: How the Ancient World Shapes Our Lives*. Chicago: University of Chicago press.

Gremilion, H. 2005, "The Cultural Politics of Body Size", *The Annual Review of Anthropology*, 34:1 3-32 ajournals.annualreviews.org (fecha de acceso: 9 de mayo de 2014).

Gusfield, Joseph R. 1981. Foreword. En *Deviance and Medicalization: from Badness to Sickness*, Peter Conrad y Joseph R. Gusfield, V-X. Philadelphia: Temple University Press.

INEGI (2009)

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/so_ciodemografico (fecha de acceso el 10 de enero de 2010)

Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Nutrición ENSANUT: Resultados nacionales.

<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> (fecha de acceso: 25 de mayo de 2013)

Jenofonte. Traducido en 1990. *Conversations of Socrates*. Traducido por R. Waterfield y H. Tredennicks, Londres: Penguin Group.

Kawulich, Barbara B. 2005. Participant Observation as a Data Collection Method. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), Art. 43 <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502430>. (fecha de acceso 24 de noviembre)

Kiderra, Inga. 2007, 25 de julio. Obesity is socially contagious. UCSD News Center. <http://ucsdnews.ucsd.edu/newsrel/soc/07-07ObesityIK-.asp> (Fecha de acceso: 3 de junio de 2013)

Kitzinger, J. 2005. Focus group research: using group dynamics to explore perceptions, experiences and understandings. En *Qualitative Research in Health Care*, editado por I. Holloway, 56-69. Maidenhead: Open University Press. (Fecha de acceso: 6 de noviembre de 2013)

http://www.academia.edu/1621860/Focus_group_research_using_group_dynamics_to_explore_perceptions_experiences_and_understandings

Laurell, Asa Cristina “La regreso de Funsalud”, *La Jornada*. (Distrito Federal) 7 de diciembre de 2012. Recuperado el 3 de diciembre de 2014.

<http://www.jornada.unam.mx/2012/12/07/opinion/a03a1cie>

Leal F., Gustavo, “La reforma Sanitaria de Mercedes Juan”, *La Jornada* (Distrito Federal), 24 de mayo de 2014. Recuperado el 10 de noviembre de 2014.

<http://www.jornada.unam.mx/2014/05/24/opinion/018a2pol>

Leal F., Gustavo, “Salud. Enfermería y reforma”, *Crisol Plural* (Aguascalientes), 27 de noviembre de 2014. Recuperado el 1 de diciembre de 2014.

<http://crisolplural.com/2014/11/27/salud-enfermeria-y-reforma/>

Leal Fernández, Gustavo, entrevistado por: Alma Ríos “Entrevista-Gustavo Leal/El derecho a la seguridad social,” *La Jornada Zacatecas TV*, video de YouTube, 4:55, minutos 1:23-1:34, publicado por " La Jornada Zacatecas," 23 de octubre, 2014,

<https://www.youtube.com/watch?v=xwLxoOQs0Bg>

Leal Fernández, Gustavo, “Dr. Gustavo Leal: reforma de salud y seguridad social: ajuste a la baja,” video de YouTube, 39:14, minutos 17:21-17:33, publicado por "Filivaga," 25 de mayo, 2014, <https://www.youtube.com/watch?v=Ap2bLGBc70c>

Liamputtong Pranee. 2011. Focus Group Methodology: Principles and practice. London: Sage Publications, Inc.

LLuis Duch y Joan-Carles Mèlich. 2005. Antropología de la vida cotidiana 2/1: Escenarios de la corporeidad. Madrid: Editorial Trotta.

Luckmann, Thomas y Berger, Peter. 2008. La Construcción de la Realidad. Buenos Aires: Amorroutu Editores.

McCallum, Liz (2012). Big Beautiful Wellness Recuperado de:
<http://bigbeautifulwellness.com>

McMichael, Lonie. 2012. Talking Fat : Health vs. Persuasion in the War on Our Bodies. Nashville: PearlsongPress, [versión Kindle].

McMichael, Lonie. 2013. *Acceptable Prejudice?: Fat, Rethoric and Social Justice*. Nashville: Pearlsong Press.

Merton, Robert K. 1959. "Introducción" a Sociology Today: Problems and Prospects, coordinado por Merton, Robert K.; Broom, L. y Cottrell Jr , L.S., ix-xxxix. New York: Basic Books, xix.

Merton, Robert K. 1968. Social theory and social structure. New York: The Free Press.

Merton, Robert K. 1987. The focused interview and focus groups. *Public Opinion Quarterly, volumen 51*: 550-566.

Metzl, Jonathan M. 2010. Introduction: Why "against health". En *Against Health: How Health Became the New Morality*, editado por J. Metzl, J. y A. Kirkland, 1-11. New York: New York University Press.

Muennig, Peter. (2008) The body politic: the relationship between stigma and obesity-associated disease. [Versión electrónica], Universidad de Columbia, Nueva York. USA. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/128>

Muñoz, Alma E. "Preparan reforma de salud que atenta contra el sistema de seguridad social", *La Jornada* (Distrito Federal), 15 de junio de 2014. Recuperado el 10 de noviembre de 2014. <http://www.jornada.unam.mx/2014/06/15/politica/010n2pol>

Organización Mundial de la Salud. (2000) Obesity: Preventing and managing the global epidemic, WHO technical Report Series No.894. de: <http://www.washingtonpost.com/wp-srv/style/guideposts/fitness/optimal.htm> (Fecha de acceso: 28 de mayo de 2013)

Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. (2012) de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> (Fecha de acceso: 28 de mayo de 2013)

Ortoll, Servando. 2010. La trama de la historia: anécdotas y memorias de un practicante. Mexicali: Universidad Autónoma de Baja California.

Peña Nieto, Enrique "Ceremonia de clausura de la 32ª asamblea general de la Funsalud," *Gobierno de la República*, video de YouTube, 10:52, minutos 5:34-5:48, publicado por "Gobierno de la República," 9 de julio, 2013, <https://www.youtube.com/watch?v=ViSMxvQ6M9Q>

Poretsky, G. (2012). Body Love Wellness [Blog]. Recuperado de: <http://www.bodylovewellness.com/blog/>

Puyan, Villamizar Yolanda y Barreta, Gama Juanita. 1994. La historia de vida: Recurso en la investigación cualitativa. Reflexiones metodológicas. *Revista UN*, 9-10, 185-196.:

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/185-196> (fecha de acceso: 24 de noviembre de 2013)

Quito, María Teresa. 2000. Historia oral e historia de vida en el campo. *Estudios sobre las culturas contemporáneas. Vol VI*: 135-142.

Real Academia Española. 2001. Diccionario de la lengua española (22a ed.). Madrid, España: Real Academia Española.

Richardson, R., Schmiedt, C. y Gleissner, G. (2012). The F-Word.org [Blog] <http://the-f-word.org/blog/> (fecha de acceso: 24 de noviembre de 2010)

Riessman, Kohler Catherine. 2003. Women and medicalization. En *The Politics of Women's Bodies*. Editado por R. Weitz, 46-64. New York: Oxford University Press.

Rocha, Carlos. "México gordo" *El Universal*. (Distrito Federal), 25 de febrero, 2010. <http://www.eluniversal.com.mx/columnas/82611.html> (Fecha de acceso: 2 de junio de 2013)

Royce, Tracy. 2009. The shape of abuse. En *The Fat Studies Reader*, editado por E. Rothblum, y S. Solovay. New York and London: New York University Press. [Versión kindle]

Russel, Shannon (2012) Fierce Free Thinking Fatties [Blog]. Recuperado de: <http://fiercefatties.com/fatties/>

Santamarina, Cristina y Marinas, José Miguel. 1994. Historias de vida e historia oral. En *Métodos y técnicas cualitativas investigación en las ciencias sociales*, Editado por J. M. Delgado y J. Gutiérrez, 257-283. Madrid: Síntesis.

Saunders Company. 1982. Dorland's pocket medical dictionary. (23 a ed.). Philadelphia: Saunders Company.

Secretaría de Salud. “El sistema nacional de salud universal más equitativo y eficiente”, México sano (Distrito Federal), año 2, número 10: 1-3. Recuperado el 10 de noviembre de 2014. http://portal.salud.gob.mx/contenidos/sala_prensa/mexico_sano/pdf/MS10.pdf

Shade, Erin D., Ulrich, Cornelia M., Wener, Mark H., Wood, Brent, Yasui, Yutaka, Lacroix, Kristin, Potter, John D. Y Mctiernan , Anne” Frequent Intentional Weight Loss Is Associated with Lower Natural Killer Cell Cytotoxicity in Postmenopausal Women: Possible Long-Term Immune Effects” Journal of American Dietetic Asociation. Volumen 104, número 6 (2004).

Squires Sally “About your BMI (Body Mass Index): Optimal weight threshold lowered”, Washington post (Washington) 4 Junio, 1998. Página A01. Recuperado el 28 de mayo de 2013. <http://www.washingtonpost.com/wp-srv/style/guideposts/fitness/optimal.htm>

Thomas, Pattie. y Wilkerson, Carl. 2005. Taking up space: How eating well & exercising changed my life. Nashville: Pearlsong Press. [Versión kindle]

Thompson Paul. 2000. The voice of the past: Oral history. New York: Oxford University Press.

W. B. Saunders Company. (1982). Dorland’s Pocket Medical Dictionary (23a ed.). Filadelfia : W. B. Saunders Company.

Wolf, Naomi. 2013. *The Beauty Myth: How Images of Beauty are Used Against Women* NuevaYork: HarperCollins Publishers Inc.